



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**TEMA:**

**Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016.**

**AUTORAS:**

**Cevallos González María Verónica  
Martínez Haro Karina Anabell**

**Trabajo de titulación  
Previo a la obtención del grado de Licenciada en Enfermería**

**TUTORA:**

**Dra. Cevallos Reyna Eva Mgs.**

**Guayaquil - Ecuador**

**2 de septiembre del 2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cevallos González María Verónica y Martínez Haro Karina Anabell** como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Cevallos Reyna Eva, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Mendoza Vinces Ángela Ovilla, Mgs.**

**Guayaquil, 2 de Septiembre del 2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Cevallos González María Verónica y Martínez Haro Karina Anabell**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería** 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, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, al 2 día del mes de septiembre del año 2016**

**LAS AUTORAS**

f. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_

**Cevallos González María Verónica    Martínez Haro Karina Anabell**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Cevallos González María Verónica y Martínez Haro Karina Anabell**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 2 días del mes de Septiembre del año 2016**

**LAS AUTORAS**

f. \_\_\_\_\_

**Cevallos González María Verónica**

f. \_\_\_\_\_

**Martínez Haro Karina Anabell**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**DRA. EVA CEVALLOS REYNA, MGS.**

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES. MGS**  
**DIRECTORA DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**LIC. MARTHA HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGS**  
**COORDINADORA DEL ÁREA**

f. \_\_\_\_\_  
**LIC. CRISTINA GONZÁLEZ OSORIO, MGS**  
**OPONENTE**

# REPORTE DE URKUND



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** tesis depresion de adultos mayores 12 de agost.docx (D21719650)  
**Submitted:** 2016-09-12 19:16:00  
**Submitted By:** v.cevallos-1981@hotmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

The screenshot displays the Urkund web interface. The top navigation bar includes the Urkund logo and a list of open browser tabs. The main content area is divided into two columns. The left column shows document metadata: 'Dokument: tesis depresion de adultos mayores 12 de agosto.docx (D21719650)', 'Inskickad av: v.cevallos-1981@hotmail.com', 'Mailadress: vega.montez.org@univari.com', and 'Meddelande: cevallos y martinez tesis con citas completas y parafaseado todo. Usa links medlevar'. The right column, titled 'Källor/locking Markeringar', contains a table of sources with columns for 'Ranking' and 'Sökväg/Filnamn'. The table lists several sources, including 'http://www.ecuadorenlinea.com.ec/...', 'MASCQ LEGA.docx', 'http://www.diccionarioespañol.org/...', 'http://repositorio.usc.edu.ec/...', 'VEBOLCA Guayaquil febrero 25.docx', 'Grupo de Atención Primaria.docx', 'http://www.ecoetn.edu.ec/documentos/...', 'http://galeria.derechoecuatorador.org/...', and 'http://biblioteca.usc.edu.ec/...'. Below the table, the main text area shows a document preview with a highlighted section. The highlighted text reads: 'Servicio a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería 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, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del...'. To the right of the highlighted text, a small box displays 'Extern Källa: http://repositorio.usc.edu.ec/... 50%'. The bottom of the screenshot shows a Windows taskbar with various application icons and a system tray with the date '17:17 12/09/2016'.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradezco a Dios, el ser maravilloso que me ha dado fuerzas y fe en algo que me parecía muy difícil de lograr. A mis familiares por ayudarme con los cuidados de mis hijos y a mi esposo por darme todo el apoyo incondicionalmente en cada momento de mi vida.

Mis agradecimientos a todos los docentes que direccionaron el camino para la obtención de conocimientos científicos.

Gracias a todos.

Martínez Haro Karina Anabell

## **AGRADECIMIENTO**

Debo agradecer de manera especial a Dios por darme vida, fuerza, fe y valor, para poder afrontar la situación desafiante en mi vida.

A mi familia, no son nada más y nada menos que un conjunto de personas especiales que me han apoyado desde que tengo memoria.

A mi esposo, por ser el acompañante incondicional ya sea en mis caídas o mis logros.

Cevallos González María Verónica

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de titulación a mis Padres, a mi esposo y a mis hijos que han sido la motivación y apoyo para poder llegar a ser una profesional en el campo de la enfermería.

De manera especial a mis pacientes los cuales me han permitido brindarle los cuidados con respeto y cariño y de esta manera aprender y ganar habilidad en cuanto a los cuidados enfermeros.

Martínez Haro Karina Anabell

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación a mis familiares, a mi esposo y a mis hijos por ser el aliciente por el cual me levanto todos los días, los que me apoyan y representan un porcentaje importante en mi fortaleza.

Dios no me pudo haber dado mejores acompañantes de vida que los antes mencionados.

Dedico además este trabajo de titulación a todos los enfermos, personas con discapacidades y moribundos que representan para nosotros las/os enfermeras/os la motivación esencial para brindar cuidados con calidad y calidez.

Cevallos González María Verónica



# ÍNDICE GENERAL

## CONTENIDO

Certificación .....	1
Declaración De Responsabilidad .....	2
Autorización .....	3
Tribunal De Sustentación.....	4
Reporte De Urkund .....	5
Agradecimiento .....	VI
Dedicatoria.....	VII
Índice General.....	VIII
Indice De Gráficos .....	X
Resumen .....	XI
Abstract.....	XII
Introducción .....	13
Capítulo I	
1.1. Planteamiento Del Problema .....	14
1.2. Preguntas De Investigación .....	15
1.3. Justificación .....	16
1.4. Objetivos .....	18
1.4.1. Objetivo General.....	18
1.4.2. Objetivos Específicos .....	18
Capitulo II	
2. Fundamentos Conceptuales .....	19
2.1. Definición De Depresión.....	19
2.2. Tipos De Depresión.....	19
2.3. Epidemiología.....	20
2.4. Comorbilidad De La Depresión.....	20
2.5. Etiología De La Depresión.....	21
2.5.1. Herencia Genética .....	21
2.5.2. Factores Bioquímicos Cerebrales .....	21
2.5.3. Factores De Riesgo Psicosociales.....	21
2.5.4. Rasgos De Personalidad .....	22
2.6. Signos Y Síntomas De Depresión .....	22
2.7. Envejecimiento Y Depresión.....	24
2.8. Depresión De Adultos Mayores .....	24

2.9.	Fisiopatología De La Depresión De Adultos Mayores .....	25
2.10.	Tratamiento De La Depresión En El Adulto Mayor .....	27
2.10.1.	Principios Del Manejo De La Enfermedad .....	27
2.10.2.	Fases Del Tratamiento .....	28
2.10.3.	Psicoterapia En La Vejez.....	29
2.10.4.	Psicoterapia Individual.....	29
2.10.5.	Terapia De Grupo .....	30
2.10.6.	Fototerapia.....	30
2.11.	Fármacos Utilizados En La Depresión En Adulto Mayor .....	30
2.11.1.	Tratamiento Farmacológico .....	30
2.11.2.	Tratamiento No Farmacológico.....	32
2.12.	Instrumento De Medición Y Recolección De Datos.....	32
2.13.	Prevención De La Depresión En Adultos Mayores .....	33
2.14.	Estrategias Preventivas De La Depresión.....	33
2.15.	Programa De Atención Integral Del Adulto Mayor (Mies).....	33
2.15.1.	Protocolo De Atención Integral Continúa.....	34
2.16.	Fundamentación Legal.....	36
2.17.	Operacionalización De Variables .....	42
<b>Capitulo III</b>		
3.	Diseño De La Investigación O Materiales Y Métodos.....	44
3.1.	Tipo De Investigación .....	44
3.2.	Población Y Muestra .....	44
3.2.1.	Población .....	44
3.2.2.	Muestra .....	44
3.2.3.	Instrumento De La Investigación.....	44
3.2.5.	Tabulación Y Análisis De Datos .....	45
4.	Presentación Y Análisis De Resultados .....	46
Conclusiones .....		58
Recomendaciones .....		60
Bibliografía.....		61
Anexos.....		65

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Depresión en adultos/as mayores .....	46
Gráfico 2: Sexo .....	47
Gráfico 3: Depresión y Sexo .....	48
Gráfico 4: Edad de los y las adultos/as mayores .....	49
Gráfico 5: Depresión y edad .....	50
Gráfico 6: Comorbilidad .....	51
Gráfico 7: Depresión y comorbilidad .....	52
Gráfico 8: Procedencia de los ingresos económicos .....	53
Gráfico 9: Procedencia zonal .....	54
Gráfico 10: Proceso de duelo.....	55
Gráfico 11: Instrucción Académica .....	56
Gráfico 12: Apoyo familiar.....	57

## RESUMEN

Tener una buena vejez es el objetivo para muchos adultos/as mayores, pero cuando esta etapa se la vive dentro de un centro geriátrico, es común que presenten manifestaciones de tristeza, aislamiento social y discapacidad, que pueden generar un cuadro de depresión, trastorno mental que tiene una alta prevalencia en esta población, exacerbando patologías preexistentes que afectan su calidad de vida. De ahí que el presente estudio tipo descriptivo tiene como **objetivo** determinar la prevalencia de la depresión entre los adultos/as mayores. Para lo cual se utilizó una **metodología** cuantitativa aplicando el test de Yesavage y la revisión de las historias clínicas en una muestra de 80 adultos/as mayores, para evaluar manifestaciones clínicas relacionadas, de ello se **concluye** que la prevalencia de depresión en los adultos/as mayores es de 71% y el sexo que predomina son mujeres (51%) ubicadas en un rango de 76 a 85 años entre las comorbilidades identificadas se encuentra la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

**PALABRAS CLAVES:** Depresión, adultos/as mayores, prevalencia, centro geriátrico, comorbilidades.

## ABSTRACT

Having a good old age is the goal for many adults / older as well, but when this stage is lived in a nursing home, it is common to submit expressions of sadness, social isolation and disability, which can generate a depression mental picture, disorder. It has a high prevalence in this population, exacerbating preexisting conditions that affect their quality of life. Hence this descriptive study aims to determine the prevalence of depression among adults / older as well. For which a quantitative methodology was used to apply the test Yesavage and review of medical records in a sample of 80 adults / older as to assess related clinical manifestations, it is concluded that the prevalence of depression in adults / as older is 71% and sex predominates are women (51%) located in a range of 76 to 85 years between identified comorbid diabetes mellitus and hypertension is.

**KEYWORDS:** Depression, adults / older as, prevalence, geriatric center, Comorbidities

## INTRODUCCIÓN

Para los adultos/as mayores envejecer bien sería lo ideal, sin embargo al iniciar la tercera edad la persona sufre ciertas modificaciones que afectan el entorno familiar y por ende su función en la sociedad. Dichas alteraciones hacen que el individuo se sienta y se vea que está envejeciendo, por lo tanto deberá afrontar de manera eficaz la etapa de la vejez, adaptándose a la realidad, cabe indicar que la respuesta ante tales cambios varía de persona en persona. (Satorres, 2013) La ausencia de mecanismos de adaptación los conducen a efectos negativos en la salud de éstas personas apareciendo diferentes patologías y trastornos, en especial de tipo psicosocial, entre ellas la depresión. (Rodríguez, OMS, OPS, & Pérez, 2012)

La depresión en los habitantes varía según el país donde se realice el estudio. Se calcula que más de un millón de personas sufren de depresión en el mundo, siendo más prevalentes en las personas de la tercera edad que viven en centros geriátricos. (Holy, Valenzuela, & Marín, 2011). En Ecuador existen 1'200.000 de personas mayores a los 60 años, la mayoría vive en la Sierra, seguido de la costa 589.431 y representan el 7% del total de los habitantes, se prevé que al 2050 su porcentaje ascenderá al 18% de la población del país (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014). El 11% de los adultos mayores viven la soledad, el 81% de los adultos mayores manifiestan satisfacción en su vida, el 28% se siente abandonado, 38% siente a veces que su vida no tiene importancia y el 46% piensa que algo malo le puede suceder, todas estas situaciones representan factores que contribuyen a la depresión (INEC, 2014).

El presente estudio persigue determinar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores de un Centro Geriátrico en la ciudad de Guayaquil, es una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa, transversal; utiliza como instrumento de recolección de datos el Test de Yesavage que mide la depresión en adultos mayores.

# CAPÍTULO I

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial los trastornos depresivos afectan a más de 120 millones de personas, solo un 25% recibe tratamientos adecuados y sentencia que una de cada cinco personas desarrollará algún tipo de depresión a lo largo de su vida, además advierte que existen diferentes factores que aumentaran estas cifras, entre los cuales están patologías médicas o situaciones de estrés. Se prevé que para el año 2020, la depresión llegará a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, luego de las patologías cardiovasculares.

La depresión en personas mayores de 65 años tiene efectos negativos en la calidad de vida. De acuerdo a lo observado los ancianos deprimidos muestran menos ánimo, más ansiedad y más quejas corporales. (Peña-Solano, Herazo-Dilson, & Calvo-Gómez, 2011). No hay un buen pronóstico, dado que la enfermedad en personas mayores tiende a intensificarse más que en las personas de otras edades con la misma patología, además exacerba la comorbilidad en los mismos convirtiéndose en problema social y de salud pública. (OMS, 2016)

Al tener contacto directo con la institución, se observa en los residentes tristeza, aislamiento social y discapacidad, por lo tanto se realiza este estudio con el fin de determinar la depresión en los mismos. Por otro lado se percibe que los tratamientos farmacológicos que reciben los adultos mayores incluyen múltiples medicamentos que originan efectos adversos, así como las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etario. El estudio se realiza en el Hogar Corazón de Jesús de ciudad de Guayaquil, en el periodo de tiempo comprendido entre los meses de mayo a septiembre del año 2016.

## 1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de la depresión en los y las adultos/as mayores del servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué nivel de depresión existe entre los/as adultos/as mayores residentes en el servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué características socio-familiares y económicas tienen los adultos/as mayores residentes en el servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué otras morbilidades afectan a los adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil?



### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El principio básico y razón de ser de las enfermeras y los enfermeros es el cuidado del ser humano en los estados de salud y enfermedad, sin importar la edad por la que el individuo este atravesando. El cuidado debe darse con mayor énfasis en los grupos más vulnerables de la sociedad, por ejemplo los adultos mayores, durante la vejez están expuestos a cambios de rol social, alteraciones físicas y psicológicas consecuencia del envejecimiento natural del organismo, y en muchos de los casos el anciano no cuenta con las herramientas necesarias y suficientes para adaptarse a dichos cambios en el ocaso de su vida, dándose la depresión en ellos, por ello iniciamos este estudio teniendo curiosidad de conocer los porcentajes de depresión , que factores contribuyen a la depresión, en quienes es más frecuente la depresión y qué morbilidades afectan a las/os adultos mayores del centro geriátrico antes mencionado.

La importancia de esta investigación radica en que la mayoría de adultos mayores se encuentran abandonados y en ocasiones sus necesidades físicas, sociales y psicológicas no son cubiertas, lo cual afecta negativamente en la calidad de vida de los residentes. Por lo tanto este estudio se enfoca en determinar la prevalencia de la depresión del adulto mayor, en el proceso profundizar en el reconocimiento de los signos de depresión y evitar que exacerbe otras patologías mejorando mantenido su salud en un estado relativamente estable.

Otra de las razones que motivó a realizar esta investigación, es que no existen estudios que revelen datos actuales acerca de la prevalencia de la depresión en los residentes del Centro Geriátrico objeto de estudio y por lo general la depresión no es tomada en cuenta como una patología predominante como sí lo son: osteoporosis, diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades pulmonares etc. por lo cual no se da la importancia necesaria y por ende no se brinda oportunamente el tratamiento, ni los cuidados adecuados.

Por tanto este estudio sirve de evidencia, la cual puede resultar valiosa para conocer la realidad de nuestros adultos mayores con respecto a la depresión. En relación a la parte social se busca reforzar los sistemas de apoyo como un sistema, donde la persona adulta mayor ocupa el lugar central, la socialización de esta información a las autoridades del centro gerontológico sirve para tomar los correctivos necesarios. Los beneficiarios son los adultos mayores y familia, puesto que la calidad de vida de los residentes influye sobre los demás miembros de la familia a la que pertenece.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de la depresión entre los adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Valorar el nivel de depresión de los y las adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.
- Describir las características sociales-familiares y económicas de los y las adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.
- Identificar que otras morbilidades afectan a los y las adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.

## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

#### 2.1. Definición de depresión

“La depresión es una alteración mental caracterizada por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS, 2015, pág. 1)

La depresión puede tornarse grave y causar alteraciones en cuanto el desenvolvimiento y ejecución de las actividades diarias. Dependiendo de la gravedad de la depresión estarán dadas las consecuencias de la vida de la persona, hallándose desde el suicidio hasta tener que consumir antidepressivos de por vida y reforzar con terapia psicosocial. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (OMS, 2015, pág. 1)

#### 2.2. Tipos de depresión

Existen varios tipos de depresión. Entre ellas tenemos:

- **Depresión grave:** síntomas graves que interfieren con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Algunos pueden que experimenten solo 1 episodio durante su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios. (National Institute of Mental Health, 2015)
- **Distimia o trastorno distímico:** su principal característica son síntomas depresivos que duran mucho tiempo ( $\geq 2$  años) pero que se dan con menos severidad que los de la depresión grave. (National Institute of Mental Health, 2015)

- **Depresión secundaria:** guarda cierta similitud con la depresión grave y a la distimia, pero sus síntomas son menos graves y duran menos tiempo. (National Institute of Mental Health, 2015)

### **2.3. Epidemiología**

Según la OMS, la depresión afecta a más de 350 millones de individuos a nivel mundial y estiman que afecta más al sexo femenino que al masculino. Los especialistas indican que es mejor que el tratamiento no solo incluya fármacos. (El Comercio, 2014, pág. 1)

La depresión es 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres, el riesgo aumenta de 1.5 hasta 3 veces para personas con familiares en primer grado que tengan antecedentes de la patología. Estudios recientes indican que la mayor incidencia se da en jóvenes entre 12 y 14 años de edad, las tasas más bajas se dan en adultos mayores de 65 años o más. Por lo general empieza entre 20 y 50 años de edad y existe mayor posibilidad en aquellos que han nacido en la década de los 90, probablemente por la influencia de medios externos. (Hall, 2011, pág. 3)

Estados Unidos presenta estudios epidemiológicos que han dado los siguientes resultados: la depresión tiene una incidencia del 5-6% de la población, con un prevalencia del 5-11% a lo largo de la vida. La probabilidad de que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y los 40 años. (Hall, 2011, pág. 3)

En América Latina la depresión es el primer motivo de consulta. En Ecuador, después de las secuelas por el maltrato y la violencia, esta enfermedad también es la más atendida. Los datos se recogieron del último informe oficial del Ministerio de Salud Pública y del Congreso Regional de Psiquiatría realizado en República Dominicana a fines de junio pasado. (El Comercio, 2014, pág. 1)

### **2.4. Comorbilidad de la depresión**

La comorbilidad consiste en la presencia concomitante de dos o más trastornos, los mismos que pueden ser: físicos o mentales. Algunas investigaciones han demostrado una alta prevalencia de la comorbilidad; según uno de ellos, 79% tenía otra patología mental; es decir, 21% de las personas con depresión, tenían una enfermedad aislada. (Bertolote, Tarsitani, & Ramos, 2012)

“La comorbilidad psiquiátrica influye en el impacto, el pronóstico y el manejo de la depresión” (Aragonès, Piñol, & Labad, 2015).

En la atención primaria la ansiedad y depresión son los problemas más relevantes que coexisten en los pacientes psiquiátricos. Por lo general, la comorbilidad no se detecta adecuadamente. La comorbilidad de la depresión dificulta el tratamiento, empeora el pronóstico y aumenta las probabilidades de mayor resistencia a la terapéutica. (Aragonès, Piñol, & Labad, 2015)

## **2.5. Etiología de la depresión**

No existe causa única para la depresión, pues se conoce una etiología multifactorial en la que se conjugan factores biopsicosociales. (Pedreño, 2011, pág. 409) Por otro lado Carol Montes, en su trabajo de investigación “La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja” menciona que: “La etiología es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Los biológicos presentan evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino” (Montes, 2011, pág. 1).

Entre los posibles factores de la depresión tenemos:

**2.5.1. Herencia genética:** cuando hay antecedentes familiares el riesgo es más alto para enfermar de depresión, pero no es un factor determinante dado que en personas sin antecedentes familiares de la patología pueden sufrir de depresión, por lo tanto existen causas adicionales que ocasionan la depresión. (Genetic Alliance, 2011)

**2.5.2. Factores Bioquímicos cerebrales:** existen evidencias de individuos con depresión grave que presentan desequilibrios en la bioquímica del cerebro, específicamente en la cinética de los neurotransmisores, en ellos se indica tratamiento farmacológico. (Genetic Alliance, 2011)

**2.5.3. Factores de riesgo psicosociales:** Situaciones que dificultan el afrontamiento tales como: “la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés,

dificultades económicas, mal proceso de divorcio, pobre red de apoyo social” (Genetic Alliance, 2011, pág. 1).

**2.5.4. Rasgos de personalidad:** las personas con personalidades negativas, baja autoestima y que presentan facilidad para el estrés, son las más oprobadas para padecer de depresión. (Genetic Alliance, 2011, pág. 1).

La depresión también puede coexistir con otras enfermedades como la diabetes, el cáncer, enfermedades cardíacas y el Parkinson, además estas patologías pueden empeorar o exacerbar la depresión. En ocasiones, los medicamentos prescritos para estas enfermedades pueden causar efectos secundarios que contribuyen con la depresión. (National Institute of Mental Health, 2015, pág. 1)

## **2.6. Signos y síntomas de depresión**

La depresión puede manifestarse con los siguientes síntomas y signos:

- Sensación de tristeza o vacío interior
- Irritabilidad, ansiedad u sentimientos de culpa
- Desinterés por las actividades que antes realizaba
- Fatiga o cansancio
- Dificultad para la concentración
- Dificultad para recordar eventos recientes
- Insomnio
- Falta de apetito o exceso de ingesta de alimentos
- Malestar general
- Pensamientos o intentos autolíticos. (National Institute of Mental Health, 2015)

Con la depresión pueden coexistir otras patologías tales como: diabetes mellitus, cáncer, cardiopatías, incluso Parkinson. En algunos casos, la depresión exacerba la sintomatología de las demás enfermedades, además los efectos secundarios de los fármacos indicados para el tratamiento de

dichas patologías pueden inducir a deprimir al individuo. (National Institute of Mental Health, 2012)

En cuanto al estado de ánimo es irritable, ansioso y deprimido. En ocasiones, el aspecto de los pacientes puede ser patético, comisuras labiales hacia abajo, evita mirar directamente a la cara y se expresa verbalmente con monosílabos. (Hall, 2011, pág. 17)

La depresión se manifiesta con la sintomatología mencionada en cualquier edad, sin embargo en los adultos mayores puede presentarse de manera diferente, por ejemplo, disminución de apetito o alteraciones del patrón sueño-descanso, se exacerban patologías cardíacas o articulares. (Palomeque & Peralta, 2013, pág. 18)

El estado de ánimo del paciente se muestra a lo enfermizo, con dificultad para la concentración, indecisión y desinterés por las actividades habituales; con frecuencia se dan alteraciones del sueño. En ocasiones, los pacientes con depresión manifiestan la imposibilidad de expresar las emociones, hasta el punto de no poder llorar. (Hall, 2011, pág. 17)

La melancolía, se compone de un cuadro clínico cualitativamente diferente, sus principales características son la lentitud de pensamiento y la agitación psicomotriz. Por otro lado, el estado de ánimo y la actividad varían durante el día, siendo la mañana el punto más bajo. En la mayoría de los pacientes con melancolía, existe la dificultad para conciliar el sueño, es evidente el insomnio y despertares abruptos y frecuentes. En algunos casos, presentan amenorrea, anorexia, desequilibrio hidroelectrolítico y pérdida de peso. (Hall, 2011, pág. 17)

En caso de depresión atípica, dominan el cuadro clínico los signos vegetativos y síntomas de fobia, ansiedad, insomnio; los pacientes que padecen este tipo de depresión presentan mejor estado de ánimo ante eventos positivos; en cambio presentan mayor labilidad ante adversidades menores. (Hall, 2011, pág. 17)



## **2.7. Envejecimiento y depresión**

El envejecimiento a se da en las personas como un proceso normal, en el cual las células que componen los diferentes aparato y sistemas disminuye hasta un 30%, alterando la homeostasis, incrementando la vulnerabilidad y el riesgo de presentar enfermedades crónicas, degenerativas; lo estilo de vida poco saludables, ambiente nocivos y condiciones socio económica pobre, hace que aumente el riesgo en cuanto al estado de salud funcional del adulto mayor pase de la independencia a la dependencia total o parcial. (Hall, 2011, pág. 17)

Durante el envejecimiento la expresión de las patologías suele ser asintomática, aumenta el umbral del dolor, la termorregulación sufre alteraciones y la función renal varia, se modifican mecanismos de respuesta y compensación como la taquicardia. Es decir que las manifestaciones de las diversas enfermedades que se dan en los adultos mayores serán evidenciadas por las alteraciones en la funcionalidad que representa la señal de alerta más importante. (Palomeque & Peralta, 2013, pág. 15)

## **2.8. Depresión de adultos mayores**

La principal dificultad psicológica que se presenta al individuo que ha llegado a la vejez, es la adaptación a una nueva etapa existencial. Durante la vejez la sensación de inseguridad aumenta, la originan diversos factores como situación económica, cambios en el estilo de vida, restricciones en su entorno social, aislamiento, pérdida de familiares cercanos y disminución de la autonomía. Dichos eventos producen en el anciano angustia, y las manifestaciones psicológicas como desconfianza, egoísmo, resistencia, etc., se hacen presentes. Las dificultades adaptativa mencionada anteriormente pueden provocar en el adulto mayor una enfermedad depresiva. (Vásquez, 2015, pág. 16)

El saber que con el pasar del tiempo la muerte está más cerca tiene efectos psicológicos en la persona mayor; en algunos casos se manifiesta con tristeza y desesperanza. Algunas enfermedades depresivas padecidas

durante la juventud o en la etapa adulta joven, pueden verse desencadenadas en el envejecimiento, por ello se asume que la prevalencia de depresión en la vejez es muy alta. No se considera normal sufrir de depresión en la vejez. (Vásquez, 2015, pág. 16)

“Datos estadísticos de nuestro país revelan que la satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%)” (Palomeque & Peralta, 2013, pág. 17)

Cuando el adulto mayor asiste a la consulta con el médico alcanza a describir los síntomas físicos, sin embargo la persona mayor en ocasiones no menciona los problemas como desinterés en las actividades cotidianas que le causaban placer o la pena que siente luego de la última pérdida afectiva. (Palomeque & Peralta, 2013, pág. 17)

## **2.9. Fisiopatología de la depresión de adultos mayores**

La fisiopatología de trastornos mentales afectivos se puede describir desde tres principales aspectos: estudios endocrinos, neurotransmisores, estudios electrofisiológicos. (Hall, 2011, pág. 26)

“En el tronco encefálico hay cantidades moderadas de neuronas que secretan norepinefrina, específicamente en el locus cerúleos envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral” (Hall, 2011, pág. 26).

En los trastornos afectivos se conoce de disfuncionalidad hipotálamo-hipófisis, sin embargo ninguno de estos hallazgos son específicos para las enfermedades depresivas. Los pacientes con trastornos depresivos con frecuencia presentan niveles altos de concentraciones de esteroides corticales ya sea en sangre o en orina. Por otro lado, se producen alteraciones en la producción de hormonas estimulante de la tiroides, sin embargo las concentraciones en sangre de T3 y T4 se consideran dentro de lo normal. Algunos estudios acerca de los mecanismos en los trastornos depresivos

revelan que existe relación con diversos sistemas neurotransmisores que pertenecen al sistema nervioso central; existen evidencias que pueden ser originados por un desequilibrio o alteraciones entre los sistemas antes mencionados. (Hall, Victoria, 2011, pág. 67)

La importancia de los estudios realizados en cuanto a neurotransmisores representar en la actualidad los avances en cuanto a medicamentos para tratar alteraciones en el estado de ánimo de las personas. La mayoría de los pacientes deprimidos responden positivamente a fármacos que tienen efectos excitadores en las diferentes ramificaciones nerviosas, “como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO (IMAO) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central” (Hall, Victoria, 2011, pág. 68).

Se conoce que la norepinefrina y la serotonina aumentan la sensación de bienestar, proporcionan alegría, buen apetito, equilibrio, satisfacción y mejoran el impulso sexual. Los centros de placer y recompensa poseen muchas ramificaciones nerviosas provenientes de los sistemas de norepinefrina y de serotonina. (Hall, 2011)

Se conoce que la norepinefrina y la serotonina aumentan la sensación de bienestar, proporcionan alegría, buen apetito, equilibrio, satisfacción y mejoran el impulso sexual. Los centros de placer y recompensa poseen muchas ramificaciones nerviosas provenientes de los sistemas de norepinefrina y de serotonina. (Hall, 2011)

Fuentes teóricas describen que la cantidad de aminas o nivel de sensibilidad de algunos receptores de catecolaminas puede generar un estado de ánimo dentro de la normalidad. Al sufrir alteraciones, disminuye la sensibilidad de los receptores, disminuye la cantidad de aminas y puede darse la depresión.

Por otro lado, el exceso de aminas o la hipersensibilidad de los receptores pueden desarrollar un estado de manía. Para la estabilidad por normalidad del estado de ánimo se requiere del equilibrio entre la función adrenérgica y función colinérgica. (Hall, 2011, pág. 27)

## **2.10. Tratamiento de la depresión en el adulto mayor**

Por lo general, la depresión en el adulto mayor está vinculada con trastornos reactivos, no necesita de fármacos para su tratamiento y puede tratarse con psicoterapia. En la depresión grave cuando la sintomatología vegetativa es significativa y los síntomas persisten por más de dos o tres semanas, se puede indicar fármacos antidepresivos. Para la terapéutica con fármacos antidepresivos se debe tomar en cuenta la historia familiar de depresión mayor y el grado de consanguinidad que guarda el paciente y el familiar afectado. (Ramírez, 2011)

Al planificar el tratamiento se debe tomar en cuenta y coordinar la remisión de síntomas a corto plazo y buscar estrategias de mantenimiento a largo plazo con el objetivo de evitar recaídas. El tratamiento más efectivo para reducir los síntomas y prevenir recaídas es la administración de medicamentos antidepresivos, sin embargo combinar dicho tratamiento con la psicoterapia ayuda al paciente a elevar el nivel de autoestima, por ende habrá mejores resultados. Existen evidencias de abandono del tratamiento en el 40% de los pacientes cuando éstos no perciben mejoría dentro del primer mes, por lo tanto se piensa que el mejor tratamiento no solo requiere fármacos sino ayuda psicológica, para ello se necesita que:

- Mayor número de visitas durante las primeras semanas de tratamiento.
- Acudir a la consulta con el psiquiatra cuando sea necesario.
- Informar al paciente del proceso del tratamiento.

Uno de los beneficios de haber iniciado con el tratamiento para la depresión, es la disminución de la morbimortalidad que se presenta debido a este trastorno, entre ellas están: intentos autolíticos, accidentes causados por la pérdida de concentración y atención, retraso y reprobación en los estudios, ausentismo laboral o pérdida de trabajo, disminución en la productividad y por ende aumento los gastos de salud y familiares. (Ramírez, 2011)

### **2.10.1. Principios del manejo de la enfermedad**

#### **Reconocimiento de la depresión**

Se conoce que del total de los pacientes con depresión, sólo una tercera parte recibe la terapéutica correcta. Aquí presentamos 4 de los errores clínicos más frecuentes que conducen a errar en la etapa diagnosticar o al escoger el tratamiento para trastornos depresivos:

- Interrogatorio insuficiente: los errores ocurren en la etapa diagnóstica cuando no se realizan interrogantes que puedan aclarar los síntomas de un trastorno depresivo o emocional. (Hall, Victoria, 2011, pág. 65)
- Error en el interrogatorio a familiares: en ocasiones los pacientes cambian la intensidad de los síntomas, en los pacientes nuevos es riesgoso emitir un diagnóstico de trastorno depresivo, más aun si no se cuenta con información colateral. (Hall, Victoria, 2011, pág. 65)
- Aceptar el diagnóstico de desorden emocional a pesar de la falta de criterios diagnósticos. (Hall, Victoria, 2011, pág. 65)
- Exclusión del diagnóstico o falla al inicio del tratamiento de la depresión a pesar del complejo de síntomas asociados.

Se debe tomar muy seriamente las ideas que tengan los pacientes acerca del suicidio. Los médicos deben indagar acerca de estos temas desde la visita inicial y vigilar si se presentase algún cambio en el paciente. Lo primordial es mantener la seguridad del paciente, entre las manifestaciones de riesgo de suicidio tenemos: asilamiento social, antecedentes de intentos auto líticos, consumo excesivo de sustancias nocivas. (Pérez, 2013, pág. 1)

### **2.10.2. Fases del tratamiento**

Al inicio se debe educar al paciente acerca de la terapéutica para la patología y expresarle el pronóstico. La retroalimentación entre médico y paciente es muy importante para obtener resultados positivos. Por otro lado, el apoyo familiar debe ser constante para mejorar la situación del paciente. (Hall, 2011)

En la primera etapa, en ocasiones el medico puede indicar algún medicamento anti-depresivo. En la fase aguda, el principal objetivo es combatir los síntomas durante las primeras semanas, hasta que se comiencen a ver resultados positivos. (Hall, 2011)

En el seguimiento o continuación del tratamiento, si el paciente se recupera, se puede suspender la medicación antidepresiva y se de dar dosis de mantenimiento con el fin de evitar recaídas. (Morente, 2010, pág. 23).

### **2.10.3. Psicoterapia en la vejez**

La terapia psicológica se fundamenta en la en la dinámica de los trastornos psíquicos. “El término “dinámico” sugiere impulso, movimiento, donde los síntomas psíquicos provocan un conflicto, interno o externo” (Ugalde, 2011, pág. 16) .

Al aplicarla en adultos mayores se debe tomar en cuenta que cada individuo es diferente del otro, se busca canalizar la energía hacia formas satisfactorias y proponer objetivos a corto plazo pero posibles. Además otro de los fines es aliviar los síntomas, mejorar la capacidad de adaptación en momentos de cambios en la vida y ante pérdidas afectivas, terminación de la etapa productiva o jubilación, fomenta la aceptación de la necesidad de dependencia en la nueva vida producto de la vejez. (Ugalde, 2011)

Es necesario que el profesional manifiesta su empatía, comprensión, pero nunca perder la objetividad para entender las alteraciones de los adultos mayores. “La psicoterapia en los ancianos debe tomar cinco áreas de especial consideración. Enfermedades crónicas, muerte, matrimonio, amor y sexualidad, y comprensión del proceso de envejecimiento” (Ugalde, 2011, pág. 16).

### **2.10.4. Psicoterapia individual**

En los adultos mayores no es adecuado un análisis psicológico ortodoxo, pues hay rigidez en sus defensas y menor capacidad de respuesta mental. Se debe plantear objetivos limitados y directos, las terapias no deben

durar mucho tiempo y siempre respetando la privacidad de los pacientes y sus problemas. (Ugalde, 2011, pág. 14)

### **2.10.5. Terapia de grupo**

Este tipo de terapias favorecen en los adultos mayores la socialización y fomentan actitudes para cambios en el comportamiento. Además favorecen las relaciones entre personas mayores mediante el intercambio de vivencias, temores y sentimientos negativos. (Ugalde, 2011, pág. 77)

Por lo general en las personas mayores se ignoran entre si y solo se enfocan en el personal de salud que les brinda atención, eso se debe corregir y fomentar la interacción entre ellos. “El terapeuta de grupo debe mantener una actitud de observación pasiva/activa” (Ugalde, 2011, pág. 77).

### **2.10.6. Fototerapia**

Usualmente la terapia dura 30 minutos, se la aplica con un dispositivo diseñado para fototerapia, especialmente en invierno y otoño. Dicho tratamiento es efectivo en depresión grave en las estaciones antes mencionadas. (Hall, 2011)

## **2.11. Fármacos utilizados en la depresión en adulto mayor**

Los medicamentos más usados en el tratamiento de la depresión son los antidepresivos, pues son más eficaces, presentan menos contraindicaciones y sus efectos adversos son más fáciles de revertir. (Hall, 2011)

### **2.11.1. Tratamiento Farmacológico**

En las personas mayores de 65 años se utiliza aproximadamente un tercio de los hipnóticos, sin embargo los adultos mayores que representan el 15% de la población total. Por lo General  $\frac{3}{4}$  partes de las recetas que contienen fármacos para el insomnio las realiza un médico general. (Ugalde, 2012)

Se debe tomar en cuenta que los adultos mayores son más sensibles que las demás personas a los fármacos. La utilización de los hipnóticos en los

ancianos debe seguir una actitud conservadora basada en los siguientes principios:

1. Usar dosis menores en 1/3 a 1/2 que en los jóvenes y siempre a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible
2. Monitorizar con cuidado la eficacia y los efectos colaterales
3. Titular la dosis tan lentamente como se pueda
4. Dispensar un número limitado de dosis y al menos cada mes reevaluar el diagnóstico inicial y la necesidad de seguir administrándolo
5. Realizar un seguimiento de los cambios conductuales y cognitivos. Una sedación excesiva puede indicar dosis alta o administración demasiado frecuente. (Ugalde, 2012)

Entre los fármacos más utilizados están:

**Benzodiacepinas.-** Su indicación dependerá de las características del insomnio. Se debe administrar durante periodos limitados usando la mínima dosis. Nunca se suspenderá de forma brusca, está contraindicado en bronconeumonías, en pacientes con alteraciones del sueño. En resumen, deben administrarse 1 hora antes de dormir por su retardo en la absorción y distribución, suelen provocar ansiedad e irritabilidad por las mañanas y presentar tolerancia. (Ugalde, 2012)

**Antidepresivos.-** Los antidepresivos con efecto sedante suelen ser eficaces cuando hay dificultad para conciliar el sueño. Entre ellas tenemos fluvoxamina, mirtazapina y amitriptilina”. En casos donde se presente confusión mental por las noches puede combinarse con carbamazepina. (Ugalde, 2012)

**Neurolépticos.-** Están indicados en pacientes en los que el trastorno mental ha causado deterioro corporal, por ejemplo el caso de las demencias seniles y los delirios. Entre ellas tenemos: “haloperidol, levomepromazina, risperidona o clozapina”. (Ugalde, 2012, pág. 24)



### **2.11.2. Tratamiento no farmacológico**

Consiste en explicar al adulto mayor y a sus familiares que las alteraciones en el patrón sueño-descanso se verá alterado y que está dentro de lo normal que haya despertares antes del amanecer. (Ugalde, 2012)

Educación:

- Regular el horario para el sueño y la vigilia.
- Regular el horario para el despertar.
- Evitar pasar periodos de tiempo prolongados en la cama.
- Poner límite a las siestas, menor a 30 minutos.
- Realizar actividad y ejercicios diarios, se recomienda al mediodía antes del atardecer.
- No consumir comidas pesadas antes de dormir. Consume poca cantidad de líquidos antes de acostarse, puede provocar necesidad de eliminación durante el sueño.
- No consumir cafeína, alcohol por las tardes o por las noches.
- Evitar los medicamentos antiasmáticos.
- Procurar que en la habitación donde descansa no haya ruidos, luz excesiva, temperaturas extremas.
- Evitar pensar en temas estresantes antes de acostarse.
- Si está indicado por el profesional médico, puede utilizar hipnóticos en bajas dosis y sólo en situaciones especiales. No se debe depender de estos medicamentos para conseguir el sueño.
- Al despertarse no quedarse en la cama, levantarse y emprender con las actividades diarias. (Ugalde, 2012)

### **2.12. Instrumento de medición y recolección de datos**

#### **Test de Yesavage**

Es un instrumento que sirve para la valoración y la detección de depresión en adultos mayores. La facilidad que presenta para realizarlo es que no se enfoca en molestias físicas, sino en alteraciones relacionadas con la parte emocional. (Antonini, 2014, pág. 12)

Está conformado por 15 interrogantes afirmativa y negativas, es una forma abreviada, dado que su versión original constantes 30 preguntas. El tiempo que se necesita para realizarla está comprendido entre 5 y 10 minutos, el adulto mayor puede realizarla sólo. (Antonini, 2014, pág. 12)

La versión abreviada del test, sirve como instrumento de apoyo, sin embargo es de saberse que las escalas de depresión pueden presentar falsos positivos, por lo tanto los datos resultantes de dicho instrumento deben compararse en conjunto con otros datos a fines a la depresión en el adulto mayor. (Antonini, 2014, pág. 12)

### **2.13. Prevención de la depresión en adultos mayores**

La prevención de la depresión en los adultos mayores debería ser fundamentada en estrategias que prioricen la calidad de vida, para esto se debe tener en cuenta el alcance de esta enfermedad, su tendencia a la cronicidad, la comorbilidad, los costos para el paciente y el impacto social. (Vázquez & Torres, 2013)

### **2.14. Estrategias Preventivas de la depresión**

- Para la prevención de la depresión se toma en cuenta 3 aspectos:
  - Prevención primaria: consiste en evitar casos nuevos de depresión.
  - Prevención secundaria: consiste en prevenir caer en depresión grave, se centra en dos aspectos: diagnóstico precoz y prevención.
  - Prevención terciaria: consiste en prevenir el suicidio y la cronicidad.
- (Jarabo, 2012)

### **2.15. Programa de atención integral del adulto mayor (MIES)**

El mes de septiembre del año 2014 se presenta el “Plan de Acción Nacional y la Política Integral de Salud del Adulto-Adulto Mayor”. Se busca mejorar la atención al adulto mayor mediante la implementación de políticas y acuerdos internacionales promoviendo el envejecimiento activo y de calidad. (OPS, 2014)

En ese entonces Ministra de salud resalta la relevancia de dichos planes con el objetivo de contribuir y beneficiar a las y los adultos/as mayores del Ecuador, desde la perspectiva humanista y social, haciendo prevalecer los derechos de cierta población. El organismo idóneo para dirigir dicha iniciativa, ha dado sus primeros pasos buscando la participación y la coordinación de las instituciones con el fin de ejecutar acciones intersectoriales, sólo así será efectivo y eficaz el plan antes mencionado. (OPS, 2014)

Es importante recalcar la inversión realizada en este proyecto, 1/4 de millón de dólares destinados para recursos de emergencia, y casi 100.000 dólares otorgados para la creación de un “hospital Atención Integral del Adulto Mayor”, buscando mejorar la infraestructura y por ende la calidad de atención para nuestros adultos mayores. (OPS, 2014)

En el marco de las competencias, el MIES es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores. Para cumplir estos fines, se establecen políticas públicas que se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas adultas mayores; y que toman en consideración su situación actual, a través de la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos. (MIES, 2012-2013, pág. 14)

El objetivo General del plan antes mencionado consiste en: “Mejorar la condición de salud de la población Adulta, Adulta Mayor, desde una perspectiva de Ciclo de Vida y los enfoques de riesgo, género étnico, cultural y generacional que asegure un envejecimiento Saludable, activo y productivo”. Está dirigido al grupo etario desde los 65 años de edad. (MIES, 2012-2013, pág. 14)

### **2.15.1. Protocolo de atención integral continúa**

Definición: Conjunto de actuaciones estructuradas, dirigidas a garantizar el cumplimiento terapéutico, farmacológico o no, prescrito a las personas usuarias, para promover, mantener o recuperar su estado de salud

física y mental. Se da desde el ingreso hasta que se retira de la residencia o muere. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

Entre los objetivos planteados están:

- Mantener o recuperar el estado de salud integral de las personas usuarias. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)
- Registrar y comunicar a los profesionales psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajadora Social los signos y síntomas detectados por los cuidadores /as del centro en las personas adultas mayores
- Asegurar el cumplimiento del tratamiento prescrito, tanto en lo concerniente a la preparación, administración como seguimiento del mismo. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)
  - Informar y posibilitar la educación de autocuidado de las personas adultas mayores y sus familiares y sus familiares. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

### **Atención básica continuada**

Dentro del aspecto psicológico está estipulado:

- Valoración psicológica y cognitiva
- Apertura del historial clínico
- Evaluación mediante instrumentos como la escala de Yesavage, test de satisfacción de la vida, test de Pfeiffer. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

### **Atención especializada**

Una vez realizada todas las valoraciones y registrado en los instrumentos utilizados se procede a elaborar un plan para cubrir las necesidades no cubiertas en el adulto mayor. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

Por otro lado, los adultos mayores en los centros geriátricos pueden estar en diferentes condiciones:

- Adulto mayor independiente: puede realizar sus actividades cotidianas sin mayor dificultad, por ejemplo: vestirse, deambular, higiene corporal, administrar su dinero, hacer llamadas con el teléfono, etc.

- Adulto mayor frágil: es aquel que presentan cierta limitación para realizar más de dos actividades cotidianas.
- Adulto mayor dependiente: es aquel que requiere apoyo permanente para poder realizar las actividades cotidianas, ya sean físicas o que demanden esfuerzo mental. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

Basándose en la información recogida, se planificar el tratamiento individual o grupal para el adulto mayor con trastornos mentales, cabe recalcar que en dicho trabajo deben participar todos los integrantes del equipo que brinda cuidados a la persona mayor. Se realiza la integración del equipo de salud con el objetivo de compartir ideas, opinar desde diferentes perspectivas acerca del seguimiento del cumplimiento de la terapéutica indicada y nuevos objetivos o nuevas intervenciones que se puedan añadir al tratamiento. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

El plan elaborado se puede realizar cada semana, además es recomendable analizarlo caracteres meses, el entonces cuando el equipo deberá reunirse y verificar sea la metas y los objetivos se han cumplido a cabalidad. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

El principal objetivo es dirigir al adulto mayor con trastornos mentales a que sea autónomo para la realización de las actividades cotidianas sin dificultad, lo que implica fortalecer y fomentar el autocuidado y mejorar la que tipicidad en cuanto a la toma de decisiones en su vida diaria. En resumen busca la estimulación y aprovechamiento de habilidades y capacidades con el fin utilizarlas para generar una mejor calidad de vejez. (Ministerio de Inclusion Económica y Social, 2014)

## **2.16. Fundamentación legal**

**Constitución de la República del Ecuador (2008)**

**TÍTULO I**

**ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL ESTADO**

**Capítulo primero**

## **Principios fundamentales**

Art. 1.-El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

## **Capítulo tercero**

### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

### **Derechos de los grupos de atención prioritaria**

**Art. 37.-** El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

## **Obligaciones del Estado respecto a las personas adultas mayores**

**Art. 38.-** El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
  
3. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
  
4. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
  
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
  
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

### **Derechos políticos de las personas adultas mayores**

**Art. 62.-** Las personas en goce de derechos políticos tienen derecho al voto universal, igual, directo, secreto y escrutado públicamente, de conformidad con las siguientes disposiciones:

1. El voto será obligatorio para las personas mayores de dieciocho años. Ejercerán su derecho al voto las personas privadas de libertad sin sentencia condenatoria ejecutoriada. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015)



2. El voto será facultativo para las personas entre dieciséis y dieciocho años de edad, las mayores de sesenta y cinco años, las ecuatorianas y ecuatorianos que habitan en el exterior, las integrantes de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, y las personas con discapacidad. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015)

MIES

## **MODELO DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS DIURNOS DEL BUEN VIVIR PARA EL ADULTO MAYOR**

Es el conjunto de componentes, protocolos, procesos, metodologías e instrumentos institucionales que operando coherentemente, garantizan una atención continua y de calidad, orientada a la promoción, prevención, recuperación y atención digna del adulto mayor. (Ministerio de Inclusión Social y Económica, 2014)

## **TÍTULO VII**

### **RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR**

#### **Capítulo primero**

#### **Inclusión y equidad**

Art.341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

La protección integral funcionará a través de sistemas especializados, de acuerdo con la ley. Los sistemas especializados se guiarán por sus principios específicos y los del sistema nacional de inclusión y equidad social. El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones

públicas, privadas y comunitarias. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente. La creación de nuevas prestaciones estará debidamente financiada. (Constitucion de la República del Ecuador , 2015, pág. 9)

## 2.17. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### Variable: depresión en adultos/as mayores

<b>Definición:</b> Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración			
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>	<b>FUENTE</b>
Determinantes biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la depresión de los adultos/as mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado</li> <li>- Escasa expresividad de la tristeza</li> <li>- Tendencia al retraimiento y aislamiento social</li> </ul>	Normal Depresión	Test de Yesavage
Patologías cuya frecuencia aumenta con el aumento de la edad	Padecimiento de otras enfermedades no psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabetes Mellitus</li> <li>-Hipertensión arterial</li> <li>-Artritis Reumatoide</li> <li>-Cáncer</li> <li>-Insuficiencia Renal Crónica</li> <li>-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</li> <li>-Otras</li> </ul>	Historia clínica
Pérdida afectiva significativa en el último año por muerte	Tipo de familiar o ser cercano que perdió	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pareja</li> <li>- Familiar</li> <li>- Amigo/a</li> <li>- Ninguno</li> </ul>	Historia clínica Ficha documental psicosocial

## Operacionalización de variables

### Variable: Adultas/os mayores

<b>Definición.-</b> 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. A todo individuo <b>mayor</b> de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.			
Dimensión	Indicadores	Escala	Fuente
Ciclo de vida	Edad	-65 a 75 años -76 a 85 años -86 y más años	Datos de consentimiento informado
Condición biológica que define al sexo	Sexo	- Hombre - Mujer	Datos de consentimiento informado
Procedencia zonal	Tipo de zona	- Rural - Urbana	Historia clínica Ficha documental psicosocial indirecta
Nivel económico	Tipo de ingreso que percibe	- Rentas - Ayudas familiares - Ayudas institucionales - Ninguna - Otras	Historia clínica Ficha documental psicosocial indirecta
Formación académica	Instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior - Ninguna - Otras	Historia clínica Ficha documental psicosocial indirecta

## CAPITULO III

### 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es descriptivo-cuantitativo de corte transversal.

- **Descriptivo**, porque se pretende describir la prevalencia de depresión en los adultos mayores, no se busca influir sobre la problemática, sino más bien describirla.
- **Cuantitativo**, porque se trata de llevar las características que presentan los adultos/as mayores deprimidos a una forma numérica utilizando el test de Yesavage y su método de calificación.
- **Transversal**, es una investigación que se realiza en un periodo de tiempo determinado y no se busca dar seguimiento del mismo estudio.

#### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.2.1. Población

La población en estudio, está conformada por 240 adultos mayores residentes asilados en las salas de servicio general de un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.

##### 3.2.2. Muestra

Se utiliza la fórmula para poblaciones finitas y da como resultado una muestra 80 adultos/as mayores residentes en las salas de servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil.

##### 3.2.3. Instrumento de la Investigación

Se emplea el test para medición de depresión geriátrica de Yesavage, mismo que es utilizado en la norma técnica por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, encargado de gestionar la Política Pública en el país relacionada con adultos mayores. (MIES) El test consta de 15 ítems las respuestas que se consideran correctas deben ser afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Por cada respuesta incorrecta se asigna 1 punto. Las escalas son:

- Entre 0 y 4 puntos : Normal (sin depresión)
- $\geq$  a 5 puntos: Depresión (con depresión)

Adicionalmente se utilizó una ficha documental para recabar datos de la historia clínica de los residentes participantes de la muestra.

#### **3.2.4. Procedimiento en la recolección de datos**

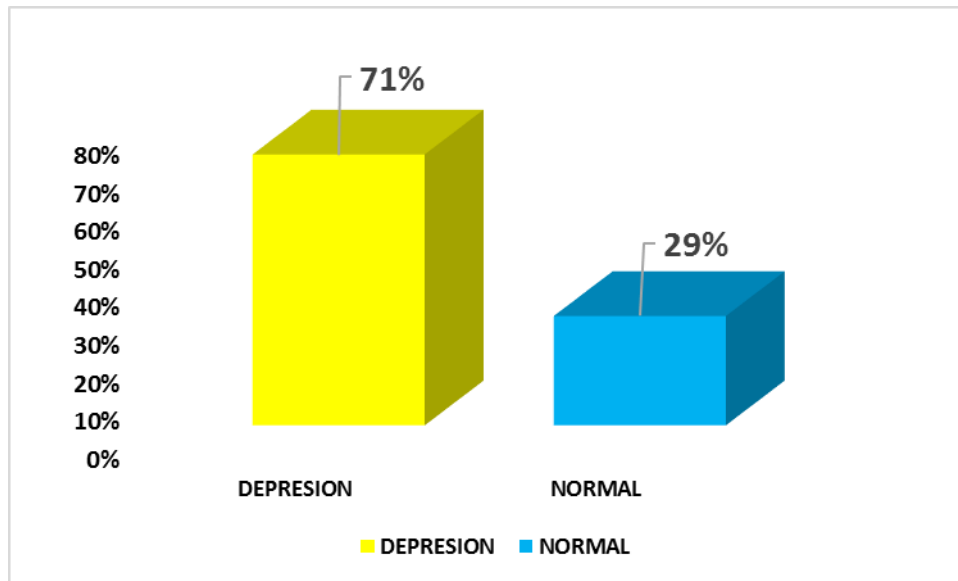
Previo a la aplicación del test de Yesavage, se solicitó la autorización de las autoridades del centro geriátrico, adicional a esto se los instruyó a los residentes acerca de la firma del consentimiento informado para iniciar con la recolección de datos. La recogida de datos, tanto de la aplicación del test como de la aplicación de la ficha documental biomédica y psicosocial se realizó durante la mañana en las salas de servicio general para evitar la interrupción del descanso de los residentes.

#### **3.2.5. Tabulación y análisis de datos**

El software que se utiliza será Microsoft Excel para la tabulación, comparación y presentación de los datos obtenidos mediante tablas y gráficos de barras.

## 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

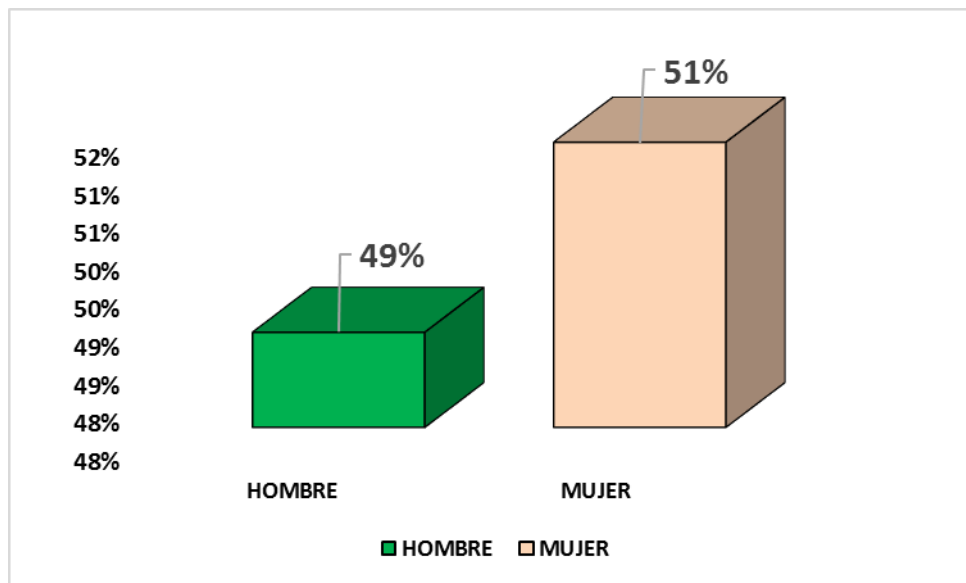
Gráfico 1: Depresión en adultos/as mayores



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En el gráfico No. 1 se observa que del total de residentes a los que se les aplicó el test de Yesavage, el 71 % presentó la calificación  $\geq 5$  que indica positivo para depresión y el 29 % restante presenta  $<4$  que es la calificación que indica normal. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una prevalencia de depresión en los adultos mayores del 71% siendo este un indicador negativo para la calidad de la vejez.

**Gráfico 2: Sexo**

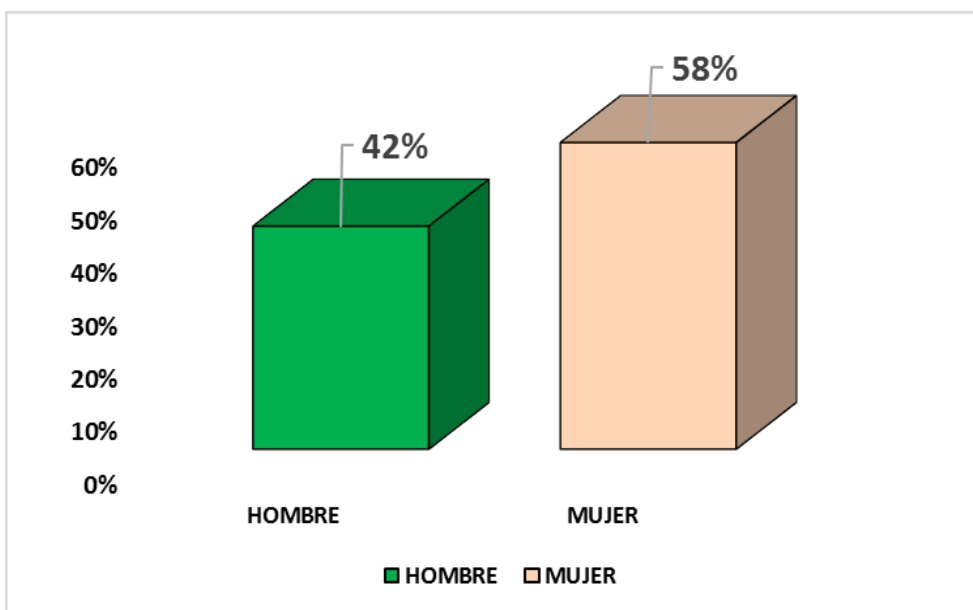


Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En cuanto al sexo de los residentes examinados, el 49% son hombres y el 51% mujeres. No hay predominio de ninguno de los dos sexos. Dentro de las salas hubo mayor cantidad de mujeres que decidieron participar en la realización del test de Yesavage.



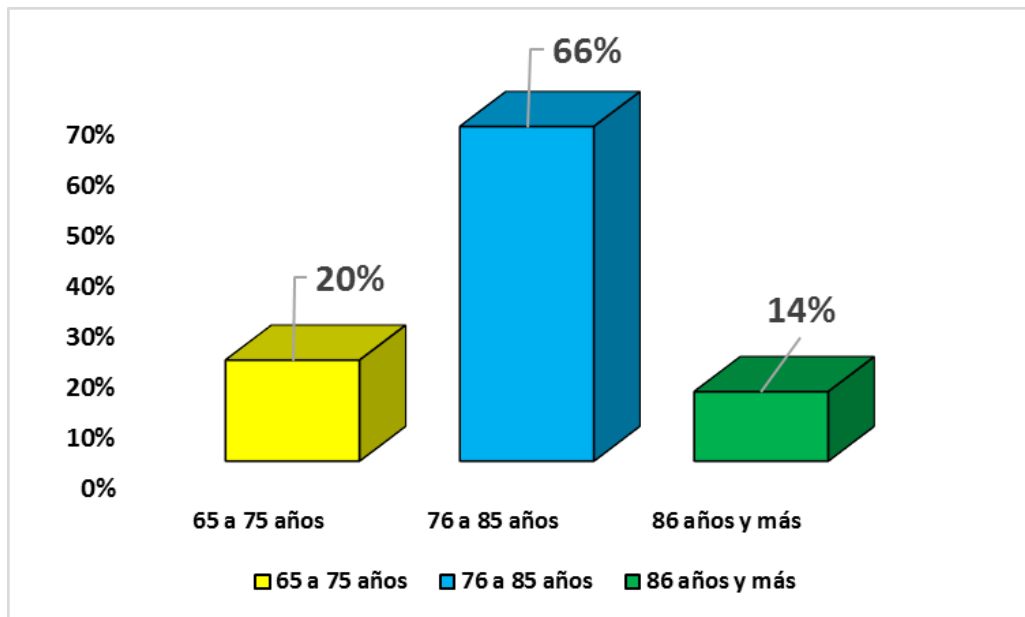
### Gráfico 3: Depresión y Sexo



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

Al realizar cruce entre las variables de depresión y sexo encontramos que la depresión se da más en mujeres con el 58 %, mientras que el 42% corresponde a adultos mayores hombres. Es preciso indicar que las mujeres en el centro geriátrico manifestaron depresión dado que emocionalmente se las encontró más sensibles en relación a los hombres.

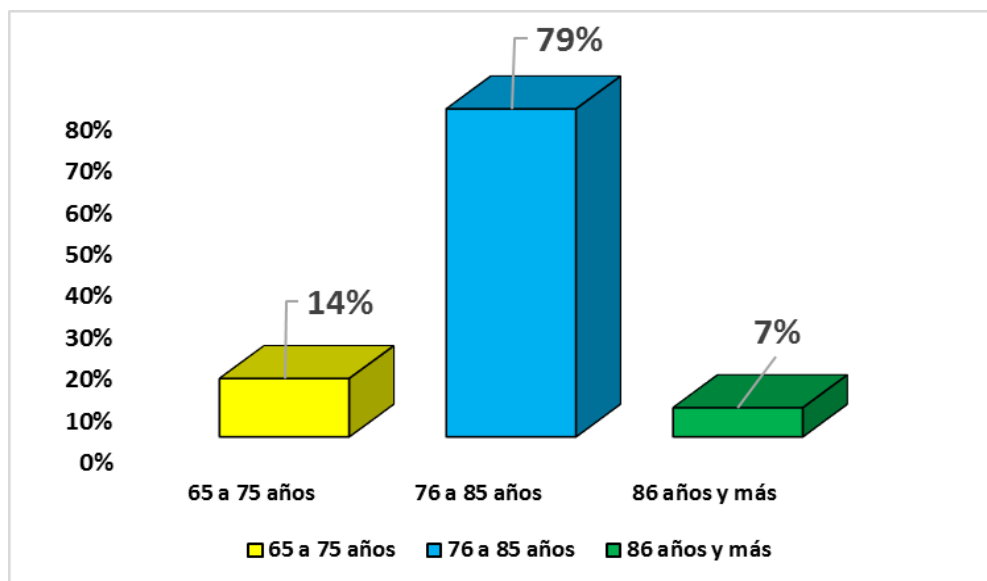
#### Gráfico 4: Edad de los y las adultos/as mayores



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

Los rangos de edades de la población investigada se conforman el 20% está entre los 65 a 75 años de edad, 66 % está entre 76 a 86 años de edad y el 14% tiene 86 años y más. Por lo general la depresión en adultos mayores se da en las edades más avanzadas, sin embargo en este caso se halló mayor frecuencia en el rango de edad antes mencionado.

### Gráfico 5: Depresión y edad

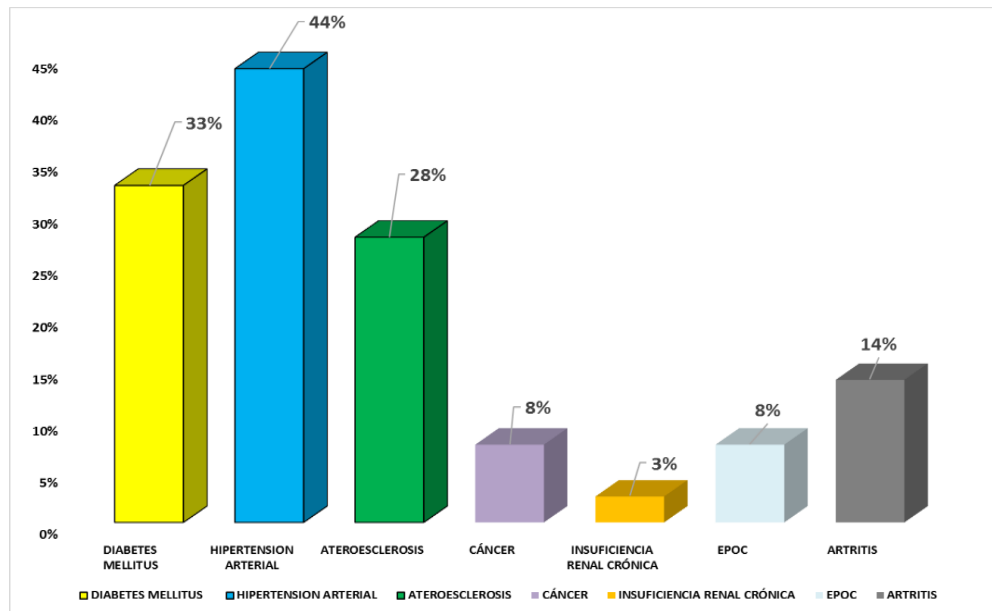


Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

Al intersectar las variables depresión y edad, hallamos que el 14% de adultos/as mayores con depresión se encuentra en el intervalo de edad de 65 a 75 años, el 79% en el intervalo de 76 a 85 años (la mayor parte de deprimidos) y el 7% de 86 años y más.

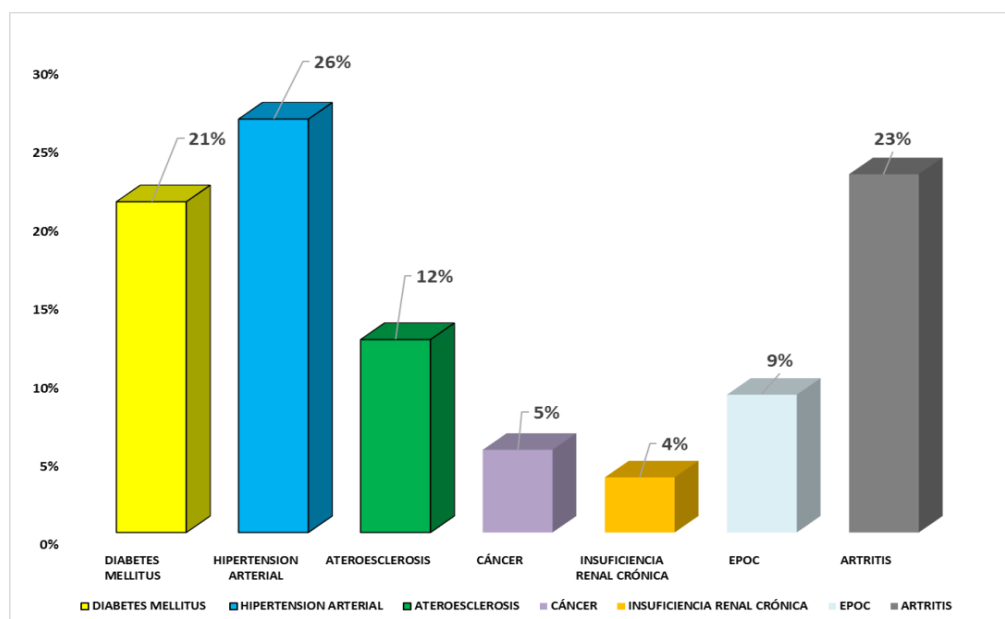
## Gráfico 6: Comorbilidad



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

Dentro de las patologías que se dan junto con la depresión se identificó las siguientes: 33% con Diabetes mellitus, 44% Hipertensión arterial, 28% Aterosclerosis, 28% Cáncer, 3% Insuficiencia renal crónica, 8% EPOC, 14% Artritis. En el caso de las patologías que generan comorbilidad se puede decir que estas se exacerban con la presencia de depresión o al contrario pueden generar disminución en las funciones cognitivas, físicas y sociales y ser causantes de niveles de depresión en especial en los adultos mayores.

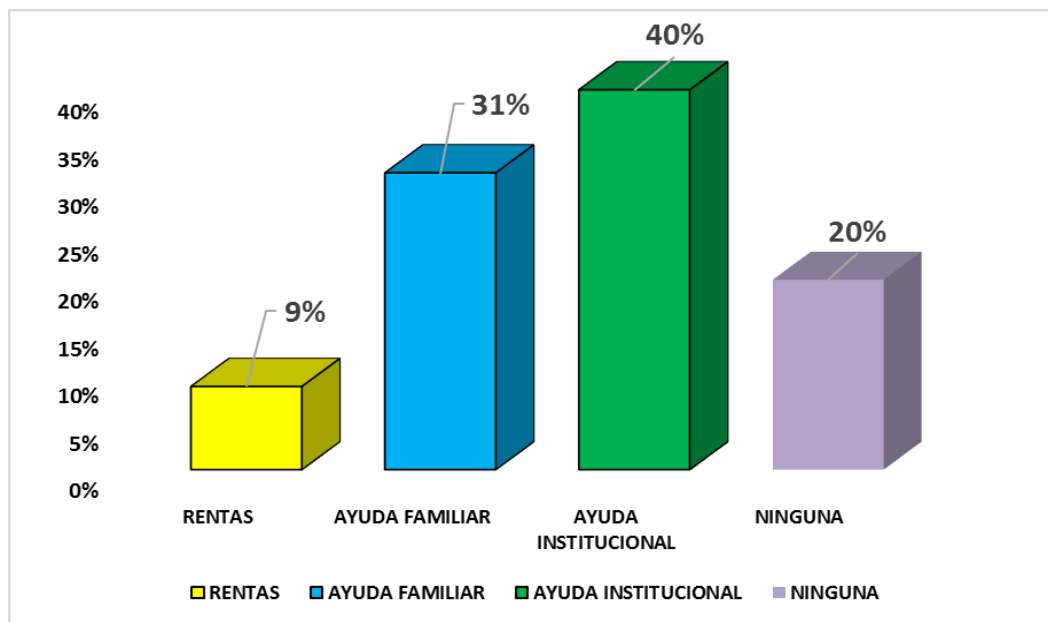
## Gráfico 7: Depresión y comorbilidad



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

Entre las patologías que se dan junto con la depresión en las adultos/as mayores del centro geriátrico tenemos: 21 % con diabetes mellitus, 26% con hipertensión arterial, 12% aterosclerosis, 5% cáncer, 4% insuficiencia renal crónica, 9% EPOC y 23 % artritis. Cabe indicar que las complicaciones de dichas patologías pueden ocasionar discapacidad temporal o permanente y por ende aumentar el riesgo de padecer depresión en los adultos mayores.

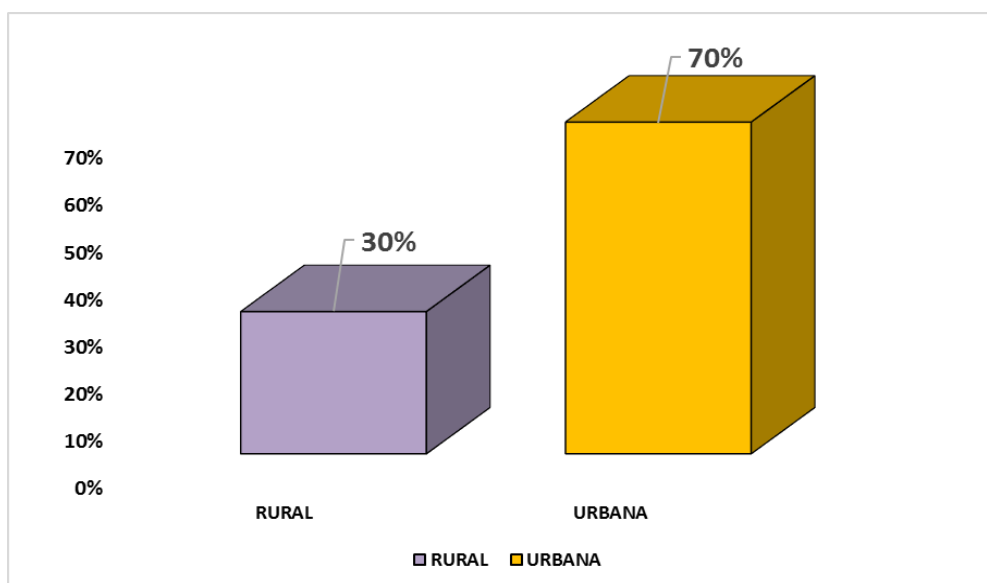
## Gráfico 8: Procedencia de los ingresos económicos



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

El siguiente gráfico indica la procedencia de los ingresos económicos de las y los adultos/as mayores que conformaron la población para el estudio, el 9% proviene de las rentas, 31 % proviene de la ayuda de familiares cercanos, 40% son ayudados económicamente por el mismo centro geriátrico y 20% no recibe ninguna ayuda económica. En algunos casos el no sentirse respaldados económicamente o haber llevado una vida productiva y ahora no tenerla afecta en el lado emocional de las y los adultos/as mayores causando depresión.

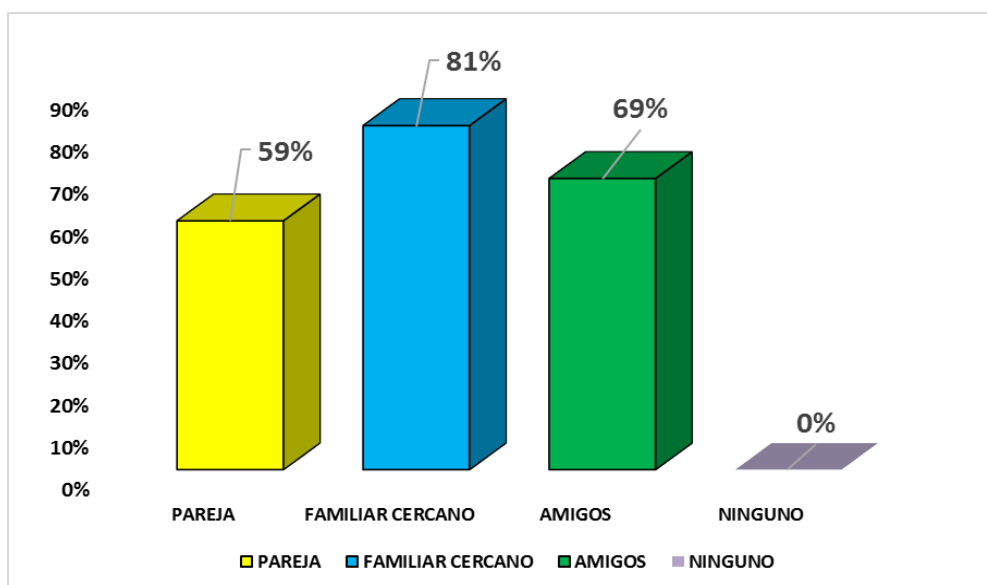
### Gráfico 9: Procedencia zonal



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En base a los datos obtenidos, por medio del siguiente gráfico se indica que, los 30 % de las y los adultos/as mayores provienen de zonas rurales y el 70% de zonas urbanas. Los adultos mayores que provienen de zonas rurales tienen mayor riesgo de padecer depresión dado que sus familiares están más lejos y por ende las visitas serán esporádicas y no continuas como en el caso de los que provienen de zona urbana.

### Gráfico 10: Proceso de duelo

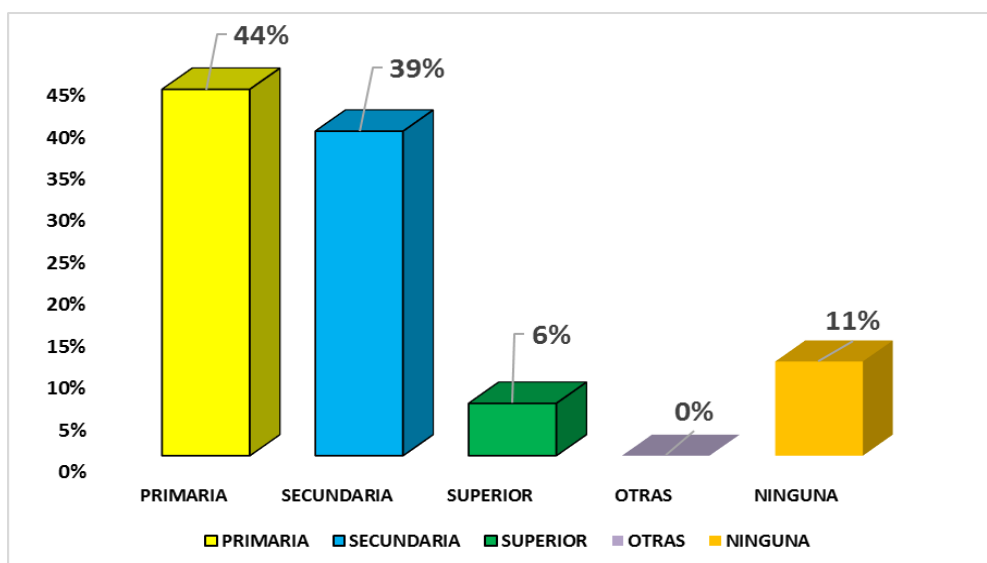


Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En cuanto a las pérdidas familiares que han sufrido las y los adultos/as mayores residentes en el centro geriátrico tenemos que: el 59% perdió a su pareja, 81% perdió algún o algunos familiares cercanos 69% perdió algún o algunos amigos; todos han sufrido algún tipo de pérdida afectiva y han cursado por el proceso de duelo



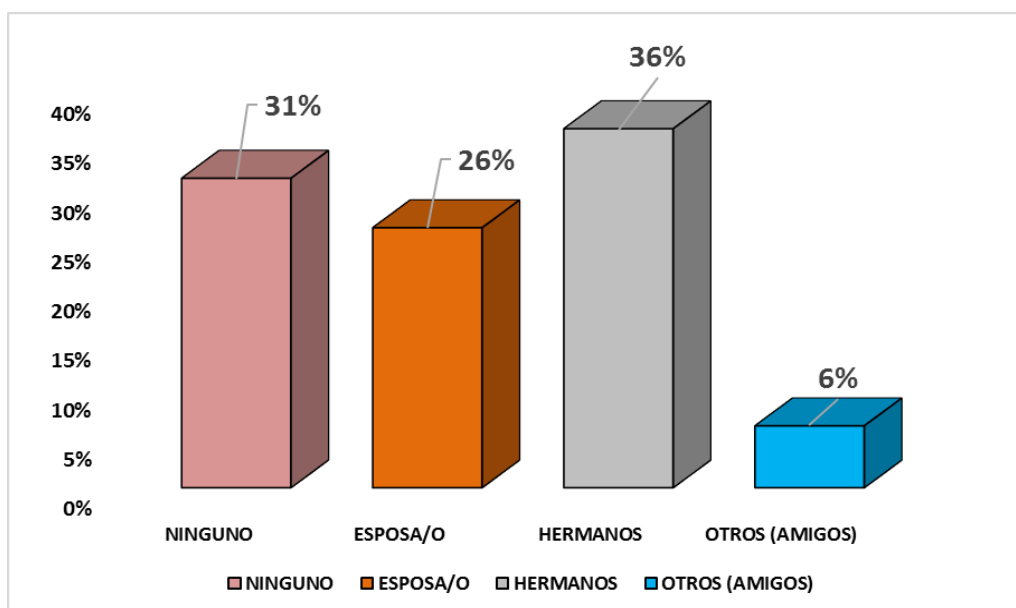
## Gráfico 11: Instrucción Académica



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En cuanto a la formación académica se determinó que, 44% tiene instrucción primaria, 39% tiene instrucción secundaria, 6% tiene instrucción superior, 11% no ha recibido ninguna instrucción; ninguno de los individuos de la población ha obtenido algún título de cuarto nivel. Las personas que tienen mayor instrucción en estudios realizados han presentado mayor capacidad para el afrontamiento de situaciones que pueden generar depresión en el adulto mayor.

### Gráfico 12: Apoyo familiar



Fuente: Base de datos de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
Elaborado por: Verónica Cevallos González y Karina Martínez Haro

En cuanto al apoyo familiar con el que cuentan las o los adultos/as mayores residentes en el centro geriátrico, 31% no cuentan con ningún apoyo familiar, 26% cuenta con el apoyo de su pareja, 36% recibe apoyo de sus hermanos y 6% recibe apoyo de amigos hay que incluir este indicador en el resumen, al menos el de abandono.

## CONCLUSIONES

Según los resultados del estudio se determinaron que las tres cuartas partes de los y las adultos/as mayores residentes en el centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil presentan depresión, según datos resultantes de la aplicación del test de Yesavage.

Entre las características sociales, familiares y económicas de las y los adultos mayores tenemos que:

### Características sociales

- En la muestra estudiada las adultas mayores superan en número a los adultos mayores con depresión.
- La zona de donde proceden la mayoría de los participantes del estudio es urbana.
- La instrucción académica que presentan las/os adultos mayores la mayoría solo culminó la primaria y una mitad de estos llegó a secundaria, la décima parte no recibió instrucción alguna.
- En cuanto a la edad, el intervalo de años que predomina es entre 76 a 85 años de edad, siendo más de la mitad de la muestra escogida, en ese mismo rango de edad la prevalencia de depresión alcanza su punto más alto según los datos obtenidos.

### Características económicas

- Entre las características económicas está la procedencia de los ingresos de las/os adultos mayores, se encontró que al menos la mitad de los adultos mayores reciben los beneficios del servicio del centro sin tener que pagar por estos.
- Un tercio de los residentes sus familiares dan sus contribuciones económicas.

### Características familiares

- Es resaltable mencionar que un tercio de los/as adultos/as mayores no cuenta con apoyo familiar alguno, las tres cuartas partes restantes son

visitados/as y apoyados/as por hermanos, pareja y en menor frecuencia por amigos.

En cuanto a las morbilidades no psiquiátricas que afectan a los residentes de servicio general, identificados con depresión tenemos: diabetes mellitus, aterosclerosis, cáncer, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis; siendo la más frecuente la hipertensión arterial.

Dentro las enfermedades que coexisten con la depresión tenemos a la hipertensión arterial que está presente en la cuarta parte de la población de la muestra; la cuarta parte de la muestra, diabetes mellitus y artritis la padece la quinta parte de las/os adultas /os mayores que participaron en el estudio.

## RECOMENDACIONES

A la depresión existente no se le da importancia del caso, como a otras patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus, a las cuales se les da un seguimiento y tratamiento adecuado. Se recomienda dar la relevancia del caso a los trastornos mentales de los adultos mayores puesto que estos exacerbaban o generan complicaciones de las demás enfermedades no psiquiátricas, se puede implementar la valoración periódica mediante instrumentos sencillos de utilizar como el test de Yesavage con el fin de atender necesidades psiquiátricas no cubiertas y mejorar la calidad de atención y por ende de vida de las/os adultos mayores además de disminuir la prevalencia de depresión en los residentes del Centro Geriátrico.

Dentro de la investigación realizada se encontraron datos que revelan que la mayoría de las y los residentes en el centro geriátrico tienen depresión, por lo tanto es recomendable elaborar protocolos de atención para adultos mayores con dicha patología, los mismo que contengan planes de alimentación, tratamiento psicológico y de actividades recreativas.

Por otro lado es importante sensibilizar al personal que brinda cuidados a los residentes del centro geriátrico, capacitarlos en cuanto a relaciones humanas

## BIBLIOGRAFÍA

- Antonini, D. C. (2014). <http://www.respuestasaladepresion.com>. Obtenido de <http://www.respuestasaladepresion.com/autoevaluacion/testdedepresion.php>
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2015). <http://www.elsevier.es>. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comorbilidad-depresion-mayor-con-otros-13141700>
- Bertolote, J. M., Tarsitani, L., & Ramos, F. L. (s.f.). <http://www.atopos.es>. Obtenido de [http://www.atopos.es/pdf\\_02/comorbilidad-depresion-y-otras.pdf](http://www.atopos.es/pdf_02/comorbilidad-depresion-y-otras.pdf)
- Constitucion de la República del Ecuador . (2015). <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2\\_ABR\\_DIJU\\_Constitucion.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2_ABR_DIJU_Constitucion.pdf)
- El Comercio. (14 de Julio de 2014). La depresión es la principal enfermedad mental del país. *El Comercio*, pág. 1.
- Hall, V. (2011). Obtenido de <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
- Hall, Victoria. (2011). <http://sibdi.ucr.ac.cr>. Obtenido de <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
- INEC. (2014). <http://www.inec.gob.ec/>. Obtenido de [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-sensible-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-sensible-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es)
- Instituto Tecnológico de Sonora. (s.f.). <http://biblioteca.itson.mx>. Obtenido de <http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa5/depresion/d6.htm>
- Jarabo, D. G. (2012). <http://www.biopsicologia.net>. Obtenido de <http://www.biopsicologia.net/es/nivel-4-patolog%C3%ADas/1.4.1.6.2-la-estrategia-preventiva-ante-la-depresi%C3%B3n>

- MIES. (2012-2013). *Agenda de Igualdad para adultos mayores*. Recuperado el 23 de Julio de 2016, de [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
- Ministerio de Inclusion Económica y Social. (2014). *GUIA OPERATIVA DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LOS CENTROS DIURNOS DEL BUEN VIVIR PARA EL ADULTO MAYOR*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). <http://instituciones.msp.gob.ec>. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=43&Itemid=89](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=89)
- Montes, C. (2011). <http://vitae.ucv.ve>. Obtenido de [http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE\\_1703.pdf](http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf)
- Morente, A. G.–D. (s.f.). <http://www.ugr.es>. Obtenido de [http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_DEPRESION.pdf](http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DEPRESION.pdf)
- National Institute of Mental Health. (2012). Recuperado el 15 de Abril de 2016, de <http://www.nimh.nih.gov>: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2015). Recuperado el 1 de Junio de 2016, de <http://www.nimh.nih.gov>: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml>
- National Institute of Mental Health. (2015). <http://www.nimh.nih.gov>. Obtenido de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml>
- OPS. (2014). <http://www.paho.org>. Obtenido de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=92:plan-accion-atencion-adulto-mayor&Itemid=298](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=92:plan-accion-atencion-adulto-mayor&Itemid=298)

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado el 31 de Mayo de 2016, de <http://www.who.int>:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado el 1 de Junio de 2016, de <http://www.who.int>: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Palomeque, A., & Peralta, E. (2013). Recuperado el 1 de Junio de 2016, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20219/1/Tesis.pdf>
- Palomeque, A., & Peralta, E. (2013). *PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA CAÑARIBAMBA*. Cuenca.
- Pedreño, F. O. (2011). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Peña-Solano, D. M., Herazo-Dilson, M. I., & Calvo-Gómez, J. M. (2011). Recuperado el 30 de Mayo de 2016, de <http://www.scielo.org.co>:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>
- Pérez, S. (2013).  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.htm).  
Obtenido de  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.htm)
- Rodriguez, J., OMS, OPS, & Pérez, R. (2012). *Guía Practica de Salud Mental*. Washington, D.C. 20037, EUA.
- Satorres, E. (2013). Recuperado el 1 de Junio de 2016, de  
<http://mobiroderic.uv.es/>:  
<http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento%20y%20bienestar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Scielo. (12 de Abril de 2011). *www.scielo.cl*. Obtenido de  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003)



- Subirana, S. R. (2012). *Guía de práctica clínica de depresión en el mayor*. España. Obtenido de <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/100114163853.pdf>
- Ugalde, O. (2011). *www.inprf.gob.mx*. Obtenido de [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx\\_trastornos\\_psicogeriatricos.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf)
- Ugalde, O. (2012). *http://www.inprf.gob.mx*. Obtenido de [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx\\_trastornos\\_psicogeriatricos.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf)
- Universidad de Cantabria. (2015). *http://ocw.unican.es*. Obtenido de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
- Vásquez, R. K. (2015). *http://dspace.unl.edu.ec*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11419/1/TESIS%20ROSA%20BENTACOURT.pdf>
- Vázquez, F., & Torres, A. (2013). *http://www.uv.es*. Obtenido de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-2.pdf>

# ANEXOS

## **Solicitud para investigación**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Instrucción:

Edad:..... Años

Sexo: ( ) Hombre ( ) Mujer

Procedencia: ( ) Urbana ( ) Rural

Yo \_\_\_\_\_ con N° de Cedula - \_\_\_\_\_, habiendo sido informado de forma verbal y escrita, sobre el propósito, los objetivos y la importancia de este estudio, consiento y autorizo se me realice la encuesta y se utilice la información para la realización de la investigación "Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016" Autorizando a los autores la utilización de la misma únicamente a favor de este estudio.

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

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



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**Ficha de registro morbilidades y aspectos psicosociales**

**1. Patologías de la o el adulta/o mayor:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus           | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide       |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial       | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Aterosclerosis              | <input type="checkbox"/> EPOC                      |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> Cáncer                    |

**2. Procedencia de los ingresos de la o el adulta/o mayor:**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiares          | <input type="checkbox"/> Amigos  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Institucional | <input type="checkbox"/> Ninguna |

**3. Pérdidas de familiares, amigos o personas cercanas a la o el adulta/o mayor en el último año. (hay que hacer una conclusión de este resultado, debido a que es significativo para la depresión, ponerlo en conclusiones y en resumen, relacionándolo con el cuadro de depresión.:**

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pareja | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Ninguno  |

Elaborado por: María Verónica Cevallos González y Karina Anabell Martínez Haro  
Aprobado por: Dra. Eva Cevallos Reyna



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN  
Previo a la obtención del título de Licenciada(o) en Enfermería**

**Fotografías**

**Investigadoras recolectando datos**



**Fotografías**  
**Investigadoras recolectando datos**





## Fotografías

### Investigadora recolectando datos



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cevallos González María Verónica** con C.I: 0920518974 /**Martínez Haro Karina Anabell** con C.I:0918184482 autor/as del trabajo de titulación: **“Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016.”**. Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería de 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.

f. \_\_\_\_\_

**Cevallos González María Verónica**

**C.I:0920518974**

f. \_\_\_\_\_

**Martínez Haro Karina Anabell**

**C.I:0918184482**

Guayaquil, 15 de Septiembre del 2016

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Prevalencia de depresión en adultos/as mayores residentes en las salas de un servicio general en un centro geriátrico de la ciudad de Guayaquil, mayo a septiembre del 2016.	
<b>AUTOR(ES)</b>	Cevallos González María Verónica y Martínez Haro Karina Anabell	
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Dra. Eva Cevallos Reyna Lcda. Mendoza Vincés Ángela	
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas	
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Enfermería	
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Enfermería	
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	75
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud- Gestión de Enfermería	
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	depresión, adulta/o mayor, prevalencia, centro geriátrico	
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Tener una buena vejez es el objetivo para muchos adultos/as mayores, pero cuando esta etapa se la vive dentro de un centro geriátrico, es común que presenten manifestaciones de tristeza, aislamiento social y discapacidad, que pueden generar un cuadro depresión, trastorno mental que tiene una alta prevalencia en esta población, exacerbando patologías preexistentes que afecta su calidad de vida. De ahí que el presente estudio tipo descriptivo tiene como objetivo determinar la prevalencia de la depresión entre los adultos/as mayores. Para lo cual se utilizó una metodología cuantitativa aplicando el test de Yesavage y la revisión de las historias clínicas en una muestra de 80 adultos/as mayores, para evaluar manifestaciones clínicas relacionadas, de ello se concluye que la prevalencia de depresión en los adultos/as mayores es de 71% y el sexo que predomina son mujeres (51%) ubicadas en un rango de 76 a 85 años entre las comorbilidades identificadas se encuentra la diabetes mellitus e hipertensión arterial.</p>	
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0981934831 0995366752	<b>E-mail:</b> k-anabel@hotmail.com E -mail: v.cevallos-1981@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lic. Martha Holguín Jiménez <b>Teléfono:</b> 0993142597 <b>E-mail:</b> mholguinjimene@gmail.com	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		