

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TREMA: “CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA.”

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria.

Modalidad de titulación posgrados

Autora: Dra. Andrea Daniela Salvador Aguilar

Tutora: Dra. Esp. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

Ambato – Ecuador

Abril, 2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad de Titulación/Unidad Académica de Titulación de la Facultad Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por la Doctora Sandra Elizabeth Villacís Valencia Especialista, e integrado por las señoras: Doctora Evelyn Dayanara Salame Ortiz, Especialista, Doctora Jéssica Mariana Freire Montesdeoca Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: **“CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”**, elaborado y presentado por la señora Médica Andrea Daniela Salvador Aguilar, para optar por el Grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria., una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

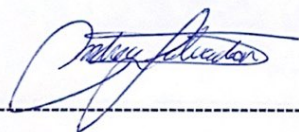
Dra. Sandra Elizabeth Villacís Valencia, Esp.
Presidenta y Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Evelyn Dayanara Salame Ortiz, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Jéssica Mariana Freire Montesdeoca, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

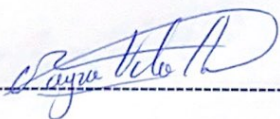
La responsabilidad de las opciones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: **“CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”**, le corresponde exclusivamente a: la Médica Andrea Daniela Salvador Aguilar, Autora bajo la dirección de la Doctora Mayra Alexandra Vela Chasiluisa Especialista, directora del Trabajo de Investigación y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Andrea Daniela Salvador Aguilar

CC: 1803755303

AUTORA



Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, Esp.

CC: 0502657463

DIRECTORA

DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta, y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos de mi trabajo, con fines de propagación pública, además apruebo la reproducción de este trabajo, dentro de las regulaciones de la Universidad.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Andrea Salvador", is written over a horizontal dashed line.

Dra. Andrea Daniela Salvador

CC: 1803755303

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Aprobación del trabajo de titulación	ii
Autoría del trabajo de investigación.....	iii
Derechos del autor.....	iv
Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos	ix
Agradecimiento	x
Dedicatoria	xi
Resumen ejecutivo	ii
Executive summary	iv
Introducción.....	1
CAPÍTULO 1	2
EL PROBLEMA	2
1.1. Tema de investigación.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2
1.2.1. Contextualización.....	2
1.2.2 Análisis crítico.....	5
1.2.3. Prognosis	5
1.2.4. Formulación del problema.....	5
1.2.5. Interrogantes	5
1.2.6. Delimitación del objeto de investigación	6
1.3. Justificación.....	6

1.4.	Objetivos	7
1.4.1.	Objetivo General	7
1.4.2.	Objetivo Especifico	8
CAPÍTULO 2		9
MARCO TEÓRICO		9
2.1.	Antecedentes investigativos	9
2.2.	Fundamentación Filosófica	10
2.3.	Fundamentación Legal	10
2.4.	Categorías fundamentales	14
Adulto Mayor		14
Depresión.....		15
Depresión en el adulto mayor.....		15
Características de la depresión en el adulto mayor		15
Factores predisponentes de depresión en adultos mayores		16
Fisiopatología		17
Alteraciones estructurales.....		17
Alteraciones en los neurotransmisores		17
Tipos de depresión.....		17
Valoración diagnóstica de la depresión en el adulto mayor		18
Tratamiento		18
Calidad de Vida		21
Calidad de vida en el adulto mayor		21
Dimensiones de la calidad de vida.		22
Elementos involucrados en calidad de vida		23
Áreas de la calidad de vida del adulto mayor.....		24

2.5. Hipótesis	25
2.6. Señalamiento de variables	25
CAPÍTULO 3	26
METODOLOGÍA	26
3.1. Modalidad básica de la investigación.....	26
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	26
3.3. . Población o muestra.	26
3.4. Operacionalización de variables.....	11
3.5. Recolección de información.....	11
3.6. Plan de procesamiento de la información.....	13
CAPITULO 4	14
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	14
4. Resultados	14
4.2. Verificación de hipótesis.....	33
CAPITULO 5	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
5.1. Conclusiones	37
5.2. Recomendaciones.....	37
CAPITULO 6	39
PROPUESTA.....	39
6.1. Tema.....	39
6.2. Antecedentes de la propuesta	40
6.3. Justificación.....	40
6.4. Objetivos	40
6.5. Análisis de la factibilidad.....	41

6.6. Fundamentación	41
6.7. Metodología. Modelo operativo	43
6.8. Administración	45
6.9. Previsión de la evaluación.....	45
MATERIALES DE REFERENCIA.....	46
1. Bibliografía.....	46
2. Anexos.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variable de variable independiente: depresión.	11
Tabla 2 Operacionalización de variable dependiente: calidad de vida	12
Tabla 3 Distribución de adultos mayores según sexo de la parroquia Juan Benigno Vela	14
Tabla 4 Distribución de género según etnia de los adultos mayores	15
Tabla 5 Distribución de la población según rango de edad de los adultos mayores	15
Tabla 6 Estado civil de los adultos mayores	16
Tabla 7 Estado civil distribuido según rango de edad de los adultos mayores	17
Tabla 8 Estado civil y convivencia del adulto mayor	18
Tabla 9 Nivel de instrucción de los adultos mayores.....	19
Tabla 10 Ocupación de los adultos mayores.....	20
Tabla 11 Distribución de los adultos mayores según la calidad de vida.....	21
Tabla 12 Autovaloración del estado de salud física de los adultos mayores según edad. ..	23
Tabla 13 Autovaloración del estado de salud física y depresión en el adulto mayor	24
Tabla 14 Depresión en los adultos mayores.....	24
Tabla 15 Depresión según rango de edad de los adultos mayores	26
Tabla 16 Depresión según género de los adultos mayores	27
Tabla 17 Análisis correlacional.....	34
Tabla 18 Modelo operativo.	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Diagrama de árbol de calidad de vida.....	29
Gráfico 2 Diagrama de árbol de Depresión.....	32
Gráfico 3 Algoritmo para la atención del adulto mayor	44

AGRADECIMIENTO

Al finalizar este trabajo tan arduo y laborioso como es el desarrollo de la tesis de especialización y que es el resultado del esfuerzo y entrega de la autora, debo agradecer en primer lugar a mi amado Dios padre celestial, esperanza y luz de mi sendero, que ha iluminado mi vida y es fuente de amor, por la bendición recibida siendo la fortaleza en mis debilidades y permitir concluir esta etapa muy importante de formación profesional.

Un justo y profundo reconocimiento a mi madre y mi padre, personas ejemplares, mi soporte y compañía, quienes con su incondicional amor, entrega y apoyo diario, han permitido que alcance el anhelado proyecto de mi vida, como es lograr la especialidad como médico, que me permitirá ayudar a mis semejantes con alto sentido humanitario.

A mis hermanas, amigas incondicionales, compañeras en el viaje de la vida, por compartir momentos significativos conmigo, quienes han contribuido con su afecto, me motivaron e impulsaron de manera permanente en el camino de esta anhelada meta.

De igual manera, un agradecimiento a mí director de tesis, por su ayuda, dedicarme su tiempo, quien me ha guiado con su paciencia para llevar adelante este trabajo.

A los docentes que con su sabiduría y ética, han impartido diariamente sus conocimientos y experiencias han sido la guía idónea, a lo largo de la preparación académica, contribuyendo a mi mejoramiento como profesional de la medicina.

A mis familiares, quienes han confiado en mí, no dudaron de mi capacidad y me han ofrecido apoyo moral y fortaleza.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien ha sido mi fortaleza en todo momento, por darme la salud, sabiduría, e ir forjando mi camino, quien jamás me abandona y me levanta de mis tropiezos, y me brinda su más sincero amor.

A mis padres, ya que muchos de mis logros se los debo a ustedes, incluido este; a ti madre, por brindarme tu cariño sincero, a ti que me ayudas a crecer como persona y como profesional; a ti padre, porque me has demostrado tu amor, porque tu sencillez y tu humildad me enseña a ser mejor persona en mi diario vivir. Esta tesis es la consecuencia de lo que me han enseñado en la vida, a alcanzar propósitos, motivándome constantemente a lograr mis anhelos, y que todo sacrificio vale la pena.

A mis hermanas, por su apoyo que me brindan día a día con palabras motivadoras y que están prestas ayudarme en cualquier momento.

A mi esposo, por brindarme su cariño y amor, por confiar en mis capacidades profesionales

Y de más familiares que de una u otra manera me han apoyado y han creído en mí.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA
SALUD CENTRO DE POSGRADOS ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL
SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”

AUTOR: Md.Andrea Daniela Salvador Aguilar

DIRECTOR: Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Vulnerables

FECHA: 7 de Enero del 2021

RESUMEN EJECUTIVO

En este contexto, la investigación procura demostrar la relación entre depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la parroquia rural de Juan Benigno Vela, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que interfiere en la calidad de vida de personas de 65 años en adelante, por lo que se investiga los niveles depresivos y las dimensiones de la calidad de vida, y así, valorar en que nivel se encuentran los adultos mayores, desde su propia perspectiva (1).

El adulto mayor merece una vida digna; sin embargo, no siempre es así, existen ciertas enfermedades como la depresión que se empoderan de este grupo de personas afectando ciertas esferas como las sociales, físicas y psicológicas (2). Por consiguiente, se debe revertir el causal que afecte la calidad de vida, y así restablecer la salud para que la persona sienta la vida con positivismo (3).

Esta investigación aporta con información sobre la relación existente entre la depresión y la calidad de vida, lo que a un futuro permitirá realizar intervenciones efectivas que contribuyan en el ámbito de la salud.

Palabras claves: calidad de vida, depresión, adulto mayor, envejecimiento, escala de depresión geriátrica de Yesavage, cuestionario EuroQol-5D

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA
SALUD CENTRO DE POSGRADOS ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

THEME:

“CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”

AUTHOR: Md.Andrea Daniela Salvador Aguilar

DIRECTED BY: Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa

LINE OF RESEARCH: Vulnerables

DATE: 7 de Enero del 2021

EXECUTIVE SUMMARY

In this context, the research seeks to demonstrate the relationship between depression and quality of life in the elderly in the rural parish of Juan Benigno Vela, depression is a mood disorder that interferes with the quality of life of 65-year-olds henceforth, depressive levels and dimensions of quality of life are investigated, and thus, assess at what level older adults are, from their own perspective (1).

The elderly deserve a dignified life; however, this is not always the case, there are certain diseases such as depression that empower this group of people, affecting certain spheres such as social, physical and psychological (2). Therefore, the cause that affects the quality of life must be reversed, and thus restore health so that the person feels life positively (3). This research provides information on the relationship between depression and quality of life, which in the future will allow effective interventions that contribute to the health field.

Keywords: quality of life, depression, elderly, old age, Yesavage geriatric depression scale, EuroQol-5D questionnaire.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es calidad de vida y depresión en los adultos mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela, se realizó con el objetivo de demostrar la relación entre calidad de vida y depresión en el adulto mayor, el tipo de estudio es analítico de corte transversal, la población de estudio está conformada por 71 adultos mayores, universo total, para la recolección de los datos se utilizó los siguientes instrumentos para tamizar depresión la escala de depresión geriátrica de Yasavage y para calidad de vida el cuestionario EuroQol-5D.

Con el transcurso de los años la persona va adquiriendo experiencia, que se ven reflejados en un envejecimiento que puede ser saludable o a su vez todo lo contrario, lo ideal es que la persona sea capaz de hacer las cosas durante el máximo tiempo posible.

La depresión es una patología que afecta a todas las edades, y es muy frecuente que este trastorno psiquiátrico afecta al adulto mayor, en la atención primaria de salud más del 50% de enfermedades mentales, incluyendo a la depresión no son diagnosticadas y pasan inadvertidas por un largo tiempo en personas que sobrepasan los 60 años, lo que provoca ciertos cambios en su calidad de vida, ya que la persona empieza a mostrar desinterés por la vida.(4). La calidad de vida en el adulto mayor es el grado de bienestar y satisfacción de la vida, es decir es una valoración de la salud y enfermedad en el transcurso de la vida que un individuo desarrolla (5).

No se han realizados estudios sobre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del sector rural de Juan Benigno Vela sin embargo se h observado la aparición de las enfermedades crónicas, en el adulto mayor, como la depresión, por lo que este estudio describe la relación de la depresión con la calidad de vida en este grupo de edad (6).

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1.Tema de investigación:

“CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SECTOR RURAL, PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA”,

1.2.Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sabe que, más de 300 millones de personas viven con depresión a nivel mundial, y cada año se suicidan aproximadamente 800000 personas. En el adulto mayor, la salud mental y el bienestar tiene la misma importancia que en cualquier otro período de la vida, más del 20% de adultos mayores sufren un trastorno mental aproximadamente en el 15% de los adultos mayores la depresión puede ocasionar sufrimiento y trastornos en la vida cotidiana, se estima que el 11.6% de la población de los adultos mayores presentan o han sufrido depresión (7). La depresión unipolar aqueja en el adulto mayor en un 7% y representa el 5.7 % de los años vividos con discapacidad (8) (9).

La depresión en el adulto mayor puede ser causa de grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana, en los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no es diagnosticada y tratada como debería. La sintomatología de este trastorno en personas de 65 años en adelante, se pasan por alto, ya que puede confundir con otros problemas que experimenta esta población; por lo que solo es un porcentaje mínimo que son diagnosticados y tratados (10). El adulto mayor muchas veces se siente desplazado de su espacio vital, que anteriormente tenía construido por su núcleo familiar, su espacio social, espacio institucional, le resulta extraño y desconocido ya que tiene que acostumbrarse a otras reglas o normas, convirtiendo su vida en un nuevo escenario (11) (8).

El incremento de la esperanza de vida a nivel mundial, es una transformación significativa en el siglo XXI, por lo que debe ir de la mano con una mejor calidad de vida, por lo que hay que priorizar a la población adulta mayor, pues, en el año 2025 se espera que ésta, represente el 18.2% aproximadamente del total de la población y para el año 2050 un

24.1%. Esto representa un gran desafío ya que habrá que prestar atención a las necesidades de esta población en los diferentes áreas (12) (13).

Las Naciones Unidas nos menciona sobre un envejecimiento activo que a nivel mundial debe ser un proceso de optimización en salud, seguridad y participación con el propósito de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Por lo que a estas personas se las percibe como un elemento que contribuye al desarrollo, considerando que sus habilidades mejoren a sí mismo y a la sociedad. La calidad de vida de un adulto mayor debe ser óptima para que pueda escalar los últimos años de su vida con dignidad y satisfacción (14).

La población total de habitantes en el Ecuador, es de 14'483.499, perteneciendo 1229089 adultos mayores es decir 7% de la población, de los cuales el 53% son mujeres y 47% son hombres (15). A nivel global el fuerte envejecimiento de la población ha causado cierto decaimiento de las capacidades personales y grupales, los adultos mayores se sientan consumidos y absorbidos, haciendo que la calidad de vida vaya en declive, restando atención a ciertas condiciones y necesidad que el cuerpo requiere, más aún cuando la persona padece una enfermedad crónica especialmente cuando no encuentra un tratamiento específico que llegue a sanarlo (16)(17).

La prevalencia de la depresión en el Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC) es mayor en la edad adulta que en otras etapas de la vida, un 7,5% en las mujeres de entre 55 y 75 años: y en hombres un 5,5%, ocupando el puesto número 11 en cuanto a las enfermedades de morbilidad (16) (18).

En el Ecuador según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) sufren de depresión el 39% de la población adulta mayor, la depresión en esta edad tiene características especiales por factores propios como las enfermedades, provocando una encarecida calidad de vida, afecta tanto a hombres como a mujeres (16). La depresión en el adulto mayor es el mayor grado de sufrimiento que la persona puede percibir, a tal punto que puede llegar a preferir la muerte antes que la vida, recurriendo al suicidio como consecuencias de la propia enfermedad (19) (20).

En Tungurahua la población de adultos mayores va incrementándose, conllevando los padecimientos propios de esta etapa de la vida. La provincia tiene una población total de 504.583; 259.800 mujeres, 244.783 hombres, identificándose 42.105 de adultos mayores

con 8.4% según el INEC del censo de 2010. Según estos resultados, en Ambato, se verifica que la población adulta mayor es de 21.102 que es el 7.34% de un total, de 287.282; observándose que en el área urbana reside el 52.95% y el 47,5% en el sector rural (21).

En la provincia se registran aproximadamente 427 casos de depresión con intentos de suicidio, que tiene un valor significativo para hacer énfasis en esta patología. En el Hospital Provincial Docente Ambato la depresión en el año 2010 se ubicó en el primer lugar dentro de las principales causas de morbilidad de consulta externa con un total de 136 casos, cabe mencionar que el 10 % resultan ser adultos mayores. (22).

El adulto mayor se merece una vida digna; sin embargo, no siempre es así, existen ciertas enfermedades como la depresión que se empoderan de este grupo de personas afectando ciertas esferas como las sociales, físicas y psicológicas (2). Por consiguiente, se debe revertir el causal que afecte la calidad de vida, y así restablecer la salud para que la persona sienta la vida con positivismo (3).

Es deber y obligación del estado, la familia y la sociedad velar por el bienestar del adulto mayor, pues, merece tener una vida digna y alegre, como miembro activo, pues, han entregado su juventud a servir a los demás, y es deber de las generaciones, otorgar un trato diferente y de empatía (23). La calidad de vida según OMS alude que es la manera de percibir el bienestar de cada individuo, en distintas dimensiones de su vida sean objetivas o subjetivas (24).

En la población de Juan Benigno Vela, se ha visto un aumento en la proporción de personas de 65 años en adelante, sin embargo las enfermedades psiquiátricas como la depresión no son consideradas como algo primordial que se debe de tratar, los adultos mayores acuden a consultas médicas por otro tipo de enfermedades crónicas, enmascarando a la depresión, cuando en el fondo existe un nivel depresivo que no es diagnosticado y crea mal pronóstico para el adulto mayor, debido a que son más vulnerables, presentando mayores tasas de recaídas y mortalidad por lo que la calidad de vida del adulto mayor tiende a cambiar (25).

1.2.2 Análisis crítico

En este contexto, la investigación procura demostrar la relación entre depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la parroquia rural de Juan Benigno Vela, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que interfiere en la calidad de vida de personas de 65 años en adelante, por lo que se investiga los niveles depresivos y las dimensiones de la calidad de vida para valorar en qué nivel se encuentran los adultos mayores, desde su propia perspectiva (1).

Esta investigación aporta con información sobre la relación existente entre la depresión y la calidad de vida, lo que a un futuro permitirá realizar intervenciones efectivas que contribuyan en el ámbito de la salud.

1.2.3. Prognosis

La depresión en el adulto mayor es una enfermedad silenciosa que, al volverse crónica, la vida tiende a convertirse en un problema tanto para el mismo como para las personas con las que viven, además cambia su perspectiva de ver la vida, conllevando a sufrir gran desinterés de realizar actividades de la vida cotidiana, ocasionando apatía total por la vida, reflejada en una calidad de vida en descenso, alterando las esferas biológica, social, y psicológica (26) (20).

Al no realizar esta investigación se limitaría a la realización de actividades de promoción y prevención sobre depresión especialmente desde el nivel de atención primaria de salud, ya que es la primera línea que se enfrenta de manera cercana al entorno del adulto mayor.

1.2.4. Formulación del problema

Por lo expuesto en el trabajo de investigación se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela 2019 - 2020?

1.2.5. Interrogantes

- ¿ Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de la población de estudio ?
- ¿ Cuáles es el nivel de depresión de los adultos mayores en el sector rural de Juan Benigno Vela?

- ¿ Cuáles son los niveles de la calidad de vida de los adultos mayores en el sector rural de Juan Benigno Vela ?
- ¿ Existe relación entre depresión y calidad de vida en el adulto mayor ?

1.2.6. Delimitación del objeto de investigación

1.2.6.1. Delimitación del contenido

Campo: Medicina Familiar y Comunitario.

Área: Gerontología.

Aspecto: Adultos mayores.

1.2.6.2. Delimitación espacial

Esta investigación se realizó en el sector rural San Luis, San Miguel, Pataló Alto de Juan Benigno Vela del cantón Ambato, provincia de Tungurahua, país Ecuador.

1.2.6.3. Delimitación temporal

Período 2019 – 2020

1.2.6.4. Delimitación individual

Hombres y mujeres de 65 años en adelante.

1.2.6.5. Línea de Investigación

Grupo vulnerables.

1.3. Justificación

La población adulta mayor se ha incrementado en los últimos años, aun cuando estos se enfrentan a ciertos cambios fisiológicos propios de la edad, convirtiéndose en el fenómeno de mayor impacto en la actualidad. El adulto mayor por ser una persona que se encuentra en su última etapa de vida se considera que, ésta debe ser armónica, es decir que el individuo tenga bienestar tanto físico, psicológico y social (27).

La carencia de estrategias hacia el adulto mayor en busca de episodios depresivos contribuye a una privación en la calidad de vida de este grupo, el manejo integral es la clave principal para evitar la aparición de este problema (28).

El impacto social de la investigación está enfocado a contrarrestar episodios depresivos a así optimizar de la calidad de vida del adulto mayor en una zona rural de Juan Benigno Vela. Se torna importante realizar esta investigación ya que no solamente involucra enfermedades físicas, si no que está orientada a la calidad del envejecimiento, la salud emocional, el bienestar psicológico del adulto mayor (24).

Desde el punto de vista cultural en Ecuador y en Juan Benigno Vela, existe incremento de la esperanza de vida, pero por ser un grupo que se encuentra en las últimas etapas de su vida, tiene tendencia a ser desamparado por la familia, la comunidad, y muchas veces por el personal de salud, olvidando que es una población que requiere de la atención prioritaria.

Esta investigación es factible ya que se cuenta con los recursos materiales y humanos, la colaboración de los adultos mayores de Juan Benigno Vela, además, se cuenta con la preparación académica del posgrado de medicina familiar para poder tratar y desarrollar el presente trabajo de investigación, los resultados obtenidos servirán para la elaboración de estrategias de promoción y prevención en la atención de salud en años posteriores, cuyos beneficiados serán toda persona que se encuentre de 65 años en adelante y de manera secundaria a la familia, a la comunidad y al personal de salud (29) (30).

Mediante la aplicación de instrumentos para tamizar depresión, en los adultos mayores, que permita identificar los niveles depresivos de esta población y demostrar la calidad de vida mediante la medición de las dimensiones que se ven afectadas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Demostrar la relación que existe entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela.

1.4.2. Objetivo Especifico

- Caracterizar según variables sociodemográficas a los adultos mayores
- Identificar el nivel de depresión de la población adulta mayor
- Determinar la calidad de vida en el adulto mayor.
- Analizar la relación existente entre depresión y la calidad de vida del adulto mayor.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

Los adultos mayores forman parte de una población que se encuentra en aumento a nivel mundial. Este incremento hará que haya una demanda de los servicios médicos relacionados con la salud física y mental (18).

En un estudio en el año 2018 en población adulta mayor (n = 17000) se utilizó los criterios CIE10 reportando una prevalencia de 2.3% en Puerto Rico, el 13.8% en República Dominicana, el 4.9% en Cuba, en China rural 3.9%, las cifras son menores cuando se utiliza instrumentos diagnósticos como el DSM V y el CIE 10 comparando con instrumentos de tamizaje como la escala de Yesavage o el Euro dep (16).

En un estudio en Antioquia, Colombia 2015 se realizó un estudio transversal analítico con 248 adultos mayores, para explorar el riesgo de la depresión y los factores asociados al adulto mayor, se valoró características funcionales, demográficas y sociales. Se calculó OR crudos y ajustados para buscar asociación de la depresión medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. La depresión se asoció con la edad, el consumo de alcohol, el consumo del tabaco, el nivel educativo, el estado civil; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % [1,2;3,0], la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % [2,0;48,8] y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % [2,9;13,9]. Llegando a la conclusión que la depresión en el adulto mayor esta asociada a encarecer su calidad de vida, en problemas en su entorno físico y afectivo. Situación que se podría prevenir proponiendo un envejecimiento más activo y funcional (31).

En un estudio de calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia, 2015 se realizó un estudio transversal, con una población de 107 604 adultos mayores y se estimó una muestra de 660 personas. Se tomó como concerniente la teoría de calidad de vida relacionada con salud y medir los conceptos planteados por esta teoría se emplearon diversos test como de Pfeiffer, escala de depresión de Yesavage, encuesta socio-

demográfica, cuestionario de salud auto percibida, escala de Lawton ,Barthel, y Brody, cuestionario Duke- UNC-11, Índice Multicultural de Calidad de Vida (32).

Con relación a la escala de depresión de Yesavage (confiabilidad de 0,7268), con la que permitió apreciar el estado de los síntomas donde se valoraron los depresivos, teniendo en cuenta que este trastorno psicopatológico es de mayor incidencia, en los adultos mayores, por los múltiples factores que se relacionan con los cambios propios del envejecimiento. La escala de Yesavage expresó que el 86,9 % no presentan síntomas, el 11,7% reportó depresión leve y 1.3 % manifestaron síntomas depresivos de importancia clínica. Este instrumento reporto un alfa de Cronbach igual a 0,744. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS 20, se realizó un análisis descriptivo de las variables, posteriormente se efectuó un análisis de regresión logística multivariada y se obtuvieron las Razones de Momios (odds ratios) con sus intervalos de confianza y así establecer las posibles asociaciones (32).

2.2. Fundamentación Filosófica

En esta investigación se enfoca en un paradigma lógico positivista, ya que tiene como objetivo comprobar la hipótesis por medios estadísticos mediante la expresión numérica, de los fenómenos de calidad de vida y depresión en el adulto mayor, y poder describir la relación de estas variable.

2.3. Fundamentación Legal

Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Nacional, 27 de Marzo del 2019.

Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores

Art. 35. “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”

Art. 36 “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”

Art. 37 “El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: atención gratuita y especializada en salud, trabajo remunerado, jubilación universal, rebaja en los servicios privados de transporte y espectáculos, exenciones en el régimen

tributario, exoneración del pago por costos notariales y registrales y el acceso a una vivienda que asegure una vida digna.”

Art. 38. “El Estado establecerá políticas públicas para las personas adultas mayores que aseguren: la atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario; la protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica; desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su participación y el trabajo, su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social; protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole; entre otros.”

Art. 66 Numeral 3 literal b) Reconoce y garantiza a las personas “Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia en especial la ejercida contra las personas adultas mayores”

Principios y disposiciones fundamentales

Art. 3.- “Fines. La presente Ley tiene las siguientes finalidades:”

- a) Crear el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- b) Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación;
- c) Orientar políticas, planes y programas por parte del Estado que respondan a las necesidades de los adultos mayores y promuevan un envejecimiento saludable;
- d) Promover la corresponsabilidad y participación del Estado, sociedad y familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores y su autonomía, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos;
- e) Garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plena y efectiva de las personas adultas mayores, en los ámbitos de construcción de políticas públicas, así como en actividades políticas, sociales, deportivas, culturales y cívicas;

g) Garantizar para las personas adultas mayores una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez, en todas las etapas del envejecimiento; y,

h) Promover la eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad, en contra de las personas adultas mayores, en el marco de las competencias de los integrantes del Sistema de conformidad con la legislación vigente.

Art. 4.- “Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores:”

a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva;

b) Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, movilidad humana, territorial y de integralidad de derechos;

e) No discriminación: Se prohíbe toda discriminación o distinción no razonable contra las personas adultas mayores, ni deberá estar sujeta a acciones u omisiones que tengan como efecto anular, excluir o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra circunstancia de la vida pública o privada;

f) Participación Activa: Se procurará la intervención protagónica de las personas adultas mayores, en todos los espacios públicos de toma de decisiones, en el diseño, elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos que sean de su interés. El Estado proveerá los mecanismos y medidas necesarias para su participación plena y efectiva, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos, en el desarrollo social, económico, cultural y político del Estado;

g) Responsabilidad social colectiva: Será obligación solidaria del Estado, sociedad y la familia respetar los derechos de las personas adultas mayores, así como generar condiciones adecuadas y eficaces para el desarrollo de sus proyectos de vida, y de manera preferente cuando se encuentren en condición de vulnerabilidad;

h) Principio de Protección: Es deber del Estado brindar garantías necesarias para el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Todos los ciudadanos están obligados a prestar a las personas adultas mayores la protección oportuna, adecuada, prioritaria y especializada, para la garantía y eficacia de sus derechos, así como aportar a la efectiva tutela cuando estos han sido vulnerados;

i) Universalidad: Los derechos consagrados en la presente Ley, tienen el carácter de universales y se aplicarán a todas las personas adultas mayores sin distinción alguna. Sin embargo, el Estado podrá particularizar las políticas públicas en las poblaciones en situación desfavorable y vulnerable, para reducir brechas sociales, culturales y económicas;

k) Integralidad y especificidad: El Estado a través de la autoridad competente deberá adoptar estrategias y acciones integrales que orienten los servicios para brindar atención especializada a las personas adultas mayores, atendiendo a su particularidad.

De lo derechos

Art. 16.-“ Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal.”

Art. 42.- “Del derecho a la salud integral. El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios,

funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.” (33).

2.4.Categorías fundamentales

Adulto Mayor

La definición del adulto mayor según la constitución de la República del Ecuador se considera adulto mayor toda persona a partir de los 65 años de edad, por la ley del anciano que se decretó en el año de 1991 y su registro entra en vigencia el 19 de junio del año 1992, este grupo anteriormente era llamado como la tercera edad, se deja de usar este término ya que se lo considera como peyorativo, y puede afectar de manera subjetiva en el pensamiento de la persona, y de esta manera su salud (17). Los adultos mayores tienen su cronología según la edad se considera ancianos jóvenes aquellos de 65 a 75 años, ancianos mayores de 76 a 85 años, y ancianos avanzados más de 85 años (34).

El envejecimiento es un proceso biológico que en algún momento de la vida una persona llega a experimentar conforme pasan los años, este paso es natural e inevitable en el cual empiezan a declinar el rendimiento fisiológico y las capacidades cognitivas. Es un proceso que se asocia a la depreciación de la eficiencia del funcionamiento orgánico de un individuo que lleva a la muerte. Pero esto no quiere decir que sea algo frustrante para el individuo, por lo que hay que saber vivirla de la mejor manera. Desafortunadamente, en ocasiones las patologías no se descubren conforme pasan los años por lo que no son diagnosticadas y tratadas adecuadamente (35).

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar social, físico, y mental, es decir que pueda continuar un individuo con su vida y desenvolverse en actividades socioculturales, espirituales, económicas e incluso cívicas, con el propósito de aumentar la esperanza de una vida sana, la productividad y la calidad de vida. El envejecimiento puede ser un problema de salud pública ya que afecta a todas las personas a nivel mundial, es un reto para los profesionales de salud, ya que se valora al adulto mayor en todos los contextos sanitarios (36).

Depresión

La depresión se la define como un trastorno crónico de la salud mental del ser humano, que se caracteriza por diferentes síntomas y sentimientos afectivos y de la esfera emocional: sea culpa, tristeza, inutilidad, desesperanza profunda, sensaciones subjetivas frente a circunstancias de la vida, convirtiéndose en una afectación global que involucra la vida psíquica de la persona, la manera de pensar, de actuar y de sentir, afectando los aspectos de la vida, con una elevada morbilidad y mortalidad (37). La depresión de origen latín – cuyo significado es depressu, que es abatido o derribado, que esto significa que la persona presenta un estado de ánimo bajo e infelicidad que puede ser por un período transitorio o permanente, la sintomatología que esta enfermedad presenta es variada ya que pueden ser síntomas físicos, inhibición psicomotora o del pensamiento (38).

Depresión en el adulto mayor

Es una enfermedad grave, ya que puede ser recurrente y ocasionar daños sustanciales en la capacidad del adulto mayor al desarrollar sus responsabilidades diarias,, se presentan síntomas como pérdida de interés e incapacidad de satisfacción por la realización de actividades, se debe diagnosticar tempranamente ya que esta puede conducir a la muerte por suicidio. Un adulto mayor con depresión, mira la vida sin color, no visualiza el colorido de las cosas resalta los aspectos negativos, no se debe confundir un estado de tristeza, que es una emoción normal y que desaparece rápidamente, la persona la puede controlar y no se ve afectado su funcionamiento social y físico (39,40).

Características de la depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor varía en comparación con otra edad ya que sus manifestaciones desde el inicio no son iguales a un grupo más joven, ya que su sintomatología inicial tiene mayor frecuencia por mostrar cambios cognitivos o somáticos que enmascaran la patología, y que el médico puede pasar por desapercibido si no hace énfasis en buscar episodios depresivos, durante esta etapa van perdiendo capacidades físicas y hay cambios neuropsicológicos y por supuesto en la estructura familiar y social, ciertos adultos mayores al encontrarse privados de tener una vida independiente, por presentar dificultades como la fragilidad, se ven obligados a requerir asistencia, ya que se enfrenten a las diferentes causas generales de tensión de esta etapa,

hay ocasiones en el adulto mayor que la depresión se caracteriza por presentar irritabilidad, enojo, abatimiento, desinterés por realizar actividades y pérdida de energía. Asociados a la baja autoestima y pérdida de confianza en ellos mismos, sentimientos de culpabilidad injustificadamente, trastornos en la alimentación y del sueño, ideas suicidas y de muerte, los sentimientos prevalecen y son más frecuentes sobre todo luego de sufrir infortunios en la vida, la depresión puede ser desde muy leve y convertirse en grave, puede ser episódica, recidivante o crónica, se diagnostica un trastorno depresivo cuando la sintomatología dura al menos dos semanas (41). (42)

Factores predisponentes de depresión en adultos mayores

Sociodemográficos

Dentro de los factores de riesgo de la depresión es más frecuente en mujeres que en hombre, los adultos mayores sometidos a estrés o aislados. La situación económica, el desempleo reportan mayor ocurrencia de depresión; las tasas de porcentajes es más prevalente en el área rural que la urbana.

El estado civil, ha mostrado mayor tendencia a la depresión en los pacientes adultos mayores viudos, siguiendo a los divorciados y solteros; esto da a percibir en el sentido que los pacientes, estarían más afectados en muchos casos por la ausencia de la pareja. El grado de instrucción, se ha visto que a menor nivel educativo, mayor tendencia a presentar depresión que los de otros niveles de educación.

Biológicos

Las enfermedades orgánicas, como las enfermedades cerebro vasculares tiene un vínculo con la depresión, se cree una hipótesis que la depresión es un factor etiológico antecedente de las enfermedades cerebro vascular, por lo que la depresión puede anteceder para la aparición de ésta, ya que las personas de 65 años en adelante deprimidos tienen una probabilidad de 2.5 veces más eminente de padecer enfermedades subcorticales de materia blanca.

Los pacientes ancianos deprimidos presentan deterioro cognitivo por lo que se quejan con frecuencia de la dificultad para concentrarse, de estar distraídos, de la incapacidad

para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos, por lo que la depresión puede ser un factor etiológico de demencia (16).

Fisiopatología

Alteraciones estructurales

Existen alteraciones estructurales en áreas cerebrales, como en el hipocampo, la amígdala, alteraciones estructurales en varias áreas cerebrales, entre ellas el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal dorso lateral y ventral, con efectos variables (43).

Hipocampo: Se puede observar disminución de la sustancia blanca del hipocampo y en el hemisferio derecho (41).

Amígdala: El volumen de la amígdala en la depresión se asocia con la disminución (44).

Corteza cerebral: En los adultos mayores se observa que en subregiones prefrontales y la corteza orbitofrontal, hay un menor volumen, además se encuentra la reducción de la densidad glial y del tamaño neuronal (41).

Alteraciones en los neurotransmisores

Serotonina: Su función es la regulación del humor y del temperamento de una persona, es producida por el aminoácido triptófano, que ésta se genera en los núcleos del rafe, que se localiza en la línea media del puente y el bulbo raquídeo. Los niveles bajos de este neurotransmisor se involucran en la depresión, esa afectación es más frecuente en personas vulnerables (45).

Dopamina: La dopamina se involucra en la regulación de las funciones motoras, emocionales y cognitivas. En el cerebro la amígdala está ricamente inervada por dopamina, en la cual se visualizan que los receptores dopaminérgicos D1, D2, y D4 tienen niveles más altos que D3 y D5 en depresión (46) (45).

Norepinefrina: En adultos mayores con depresión hay una disminución en la producción o liberación de la norepinefrina del locus ceruleus (47).

Tipos de depresión

Según la OMS la depresión presenta tipos que dependen del número y la intensidad de los síntomas, los estados depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, debe tener dos semanas promedio de duración y presentes siempre dos o tres síntomas típicos

de la depresión, utilizando los criterios del DSM – V, en adultos mayores no se aconseja la utilización de estos criterios ya que la sintomatología es diferente a otro grupo etario (44).

Valoración diagnóstica de la depresión en el adulto mayor

La importancia de valorar el estado de ánimo es esencial en el adulto mayor, ya que necesita ser tratada por lo que no forma parte del envejecimiento. En el adulto mayor con frecuencia los signos pasan desapercibidos. Es importante mencionar que para diagnosticar depresión en el adulto mayor los criterios del DSM-V y el CIE 10 no presentan en su totalidad, existe diferencias en la clínica a diferencia de los adultos jóvenes, por lo que se considera de gran utilidad preguntas claves de escrutinio para hacer un diagnóstico, principalmente en atención primaria (48).

La escala de depresión Geriátrica de Yesavage, versión modificada (GDS-15) es útil para tamizar depresión, se considera el único autoinforme, es decir la autoevaluación de su propia conducta que se realiza la persona, y que es construido concretamente para adultos mayores, y su principal ventaja de utilizarlo es que no mezcla síntomas físicos con los característicos de la depresión. Se puede utilizar en entornos comunitarios y de atención aguda y a largo plazo. Este instrumento se centra en aspectos cognitivos conductuales concernientes con las características específicas de la depresión del adulto mayor. La escala GDS-15 se considera positiva para diagnóstico cuando ya existen 6 preguntas afirmativas. Esta escala consta de 15 preguntas con respuestas a un si o un no, categoriza en tres niveles, como ausente cuando tiene una puntuación de 0 a 5, leve con una puntuación de 6 a 9, y de 11 a 15 puntos una depresión severa (49) (48).

Tratamiento

La depresión es una enfermedad que si se puede tratar en el adulto mayor en un 65 a 75% de casos existentes, para que el tratamiento sea eficaz se debe realizar un abordaje biopsicosocial que involucre un tratamiento farmacológico como a la vez psicoterapia, por lo que se debe analizar las condiciones de vida de estas personas, eliminando la idea

de que la depresión es una característica de la vejez (50). Las terapias cognitivas han mostrado eficacia en la depresión leve, pero si se trata de moderada a grave es un coadyuvante de la medicación, a menudo la familia es un aliado para tratar la depresión en el adulto mayor. Se debe dar una correcta información al paciente, en que consiste el tratamiento que va a recibir, los efectos benéficos y colaterales así como los riesgos que puede ocasionar con la suspensión del tratamiento, para que las indicaciones sean asimiladas por el adulto mayor, además se debe informar a los familiares sobre los riesgos de suicidio y de esta manera puedan contribuir para que le adulto mayor recupere su salud mental (49).

Tratamiento farmacológico

No a todos los adultos mayores con depresión se les debe administrar fármacos, hay que valorar la intensidad de la sintomatología, y la recurrencia. La administración se debe dar en episodios moderados a severos. Los efectos secundarios se dan en los primeros días de haber empezado el tratamiento por un aumento de los neurotransmisores, mientras que los efectos clínicos aparecen en el lapso de 2 a 4 semanas hasta que se produzcan cambios adaptativos en los receptores. Por lo que en tratamiento debe ser entre 6 y 12 semanas cuando es un primer episodio, pues la suspensión prematura puede producir recaídas, los episodios secundarios pueden ir de 4 a 5 años, y el tercer episodio puede ser indefinido (43).

En adultos mayores no existe un fármaco ideal ya que todos van a presentar efectos adversos, por lo general los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), inhibidores selectivos de la recaptura noradrenalina y serotonina son los de primera línea (51). En caso de respuesta insuficiente o de resistencia al antidepresivo se debe llegar a la dosis máxima, asociar a un segundo antidepresivo si la monoterapia fracasa, sustituir un ISRS si es el primero agente por una terapia dua (52).

Hay que tomar en cuenta que tratar al adulto mayor con psicofármacos requiere de complejidad por la hipersensibilidad a los efectos secundarios, cambios en farmacodinamia y la farmacocinética, la polifarmacia, la automedicación y el incumplimiento.

Por la hipersensibilidad se empieza con dosis más bajas, por los cambios farmacocinéticos hay retardo del vaciado gástrico, hay lentificación del metabolismo hepático, y existe disminución del aclaramiento renal y a su farmacodinamia todo adulto mayor es más sensible a los psicofármacos por cambios en la sensibilidad de los receptores y los sistemas de los neurotransmisores, y el incumplimiento que se da es por falta de comprensión (52).

Fármacos de primera línea en adultos mayores

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Estos medicamentos incrementan los niveles extracelulares del neurotransmisor que es la serotonina, inhiben la recaptación de serotonina hacia la célula presináptica, de esta manera asciende la cantidad de serotonina en la hendidura sináptica favorable para unirse al receptor postsináptico (50).

Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina y serotonina (ISRN)

Bloquean el transportador de noradrenalina, ocasionando mayor disponibilidad sináptica de noradrenalina general, y de noradrenalina en corteza prefrontal (53).

Inhibidores de recaptación de serotonina y antagonistas serotoninérgicos

Actúan como antagonistas de los receptores de serotonina 5HT_{2A}, inhiben la recaptación de serotonina, dopamina y noradrenalina, otorgando el mecanismo antidepressivo. La trazodona presenta múltiple acción depresiva. En el adulto mayor puede ocasionar síncope, arritmias (54).

Fármacos de segunda línea en adultos mayores

Antidepressivos tricíclicos

Causan a corto plazo una disminución de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, no se recomienda en adultos mayores, por sus efectos secundarios, ya que bloquea los receptores colinérgicos muscarínicos y los histaminérgicos. (54) (46).

Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO)

Estos agentes actúan causando una inhibición irreversible de la enzima mitocondrial monoaminoxidasa (MAO), que participa en la oxidación de las monoaminas. (49).

Antidepresivos multimodales

Producen inhibición del transportador de dopamina, noradrenalina y serotonina (55).

Calidad de Vida

En la actualidad existe un sin número de conceptos sobre la calidad de vida, según la OMS se refiere a la percepción que tiene cada individuo de satisfacer cada una de sus necesidades o de negarse la oportunidad de alcanzar un estado de bienestar, felicidad, y realización personal, también se puede decir que es la percepción subjetiva que cada persona tiene y que está relacionada por el estado de salud de ese momento y de la capacidad para poder desarrollar actividades importantes para el ser humano, los factores objetivos o subjetivos pueden influir o son indicadores de índices de esperanza de vida (56) (57).

Calidad de vida en el adulto mayor

La calidad de vida en el adulto mayor es el resultado del intercambio entre las diferentes características de la existencia humana como el cuidado corporal, la vivienda, las actividades que se realiza en el diario vivir, el grado de movilidad de la persona, su estado de ánimo, educación, el sector en el cual habita, su estado civil, cada una de estas favorecen de manera diferente un óptimo estado de bienestar, sin olvidar el proceso fisiológico del envejecimiento, que conlleva ciertas adaptaciones por parte del adulto mayor a su medio biológico y psicosocial, cabe recalcar que cada individuo es único, por lo que cada uno va a responder de diferente manera a los cambios. El adulto mayor, por ser un ser de atención prioritaria, se lo debe cubrir sus necesidades básicas y así fortalecer sus capacidades que protejan y vulneren a estos individuos (58).

La calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor según Bowling se refiere a los efectos mentales, físicos y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos en el bienestar subjetivo, autoestima y satisfacción.

La calidad de vida en el adulto mayor, está determinada por dimensiones como el bienestar psicológico, bienestar físico, bienestar social y espiritual. La calidad de vida de

una persona adulta mayor, corresponde a la calidad del envejecimiento, la percepción que tiene la persona sobre las dimensiones que las ha ido viviendo en el transcurso de su diario vivir y la interacción personal sobre el proceso de envejecimiento, ya que se dan cambios importantes en la vida de estas personas que muchas veces con llevan a repercutir en su salud física o mental. La calidad de vida está relacionada con la satisfacción que el adulto mayor tiene con la vida (59).

La calidad de vida de los adultos mayores se ve reflejada por diferentes circunstancias, involucrando a la condición de salud, al desempleo, a la pobreza, a la pérdida de su cónyuge o duelo, a la soledad, por lo que no todos van a tener la misma calidad de vida, un adulto mayor que recién empieza este ciclo, no va a tener la misma calidad de vida que uno de 75 años y mucho menos que un adulto sobre pase los 90 años. Suelen ser diferentes factores que construyen el nivel de la calidad de vida interpretándola como buena o mala (60).

Dimensiones de la calidad de vida.

Las dimensiones de calidad de vida en el adulto mayor se pueden reflejar en algunos contextos, que ayudan a valorar cual es la condición que se encuentra la persona.

La Movilidad del adulto mayor tiende a decaer, ya que las funciones fisiológicas relacionadas con la edad denotan ciertos cambios, por lo que no presenta la misma agilidad que un adulto joven, sin embargo no quiere decir que sea incapaz de moverse, los cambios que se producen en esta edad con relación a la movilidad pueden ser varios según la condición de salud del individuo, como puede haber adultos mayores que presentan ligera dificultad para moverse e incluso otros que serán incapaces de caminar.

El cuidado personal como es el aseo, el vestuario, los ancianos jóvenes son capaces en su mayoría de realizar estas funciones, pero en adultos de mayor longevidad, pueden presentar graves problemas para desarrollar estas acciones, por el mismo hecho de presentar un deterioro funcional.

Actividades de todos los días en el adulto mayor como trabajar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares, actividades en el tiempo libre, realizar compras, pueden notar una variación con otro grupo de edad , ya que existen padecimientos que

surgen de forma independiente a patologías que lo desencadenan, se manifiesta más en ancianos mayores y ancianos avanzados, con deterioro progresivo y los lleva a perder funcionalidad y autonomía, que pueden llegar a ser incapaces de realizar actividades del día a día.

El Dolor o malestar en el adulto mayor es una manifestación que puede existir o no, ya que en esta edad empiezan aparecer las enfermedades que se manifiestan con cierto grado de dolor, de manera subjetiva percibe si el dolor es tolerable, o provoca un gran malestar.

El estado de ánimo es un factor importante subjetivo del adulto mayor que se puede entender como una condición mental o emocional, relacionada con la confianza, la alegría, o la tristeza (61).

Elementos involucrados en calidad de vida

Especificidad: En los adultos mayores la calidad de vida no es igual a otro grupo de adultos o de adolescentes, tiene características propias como son: la jubilación o retiro laboral, aparición de enfermedades, amenazas a la funcionalidad, modificaciones en el entorno familiar, social y espiritual. Depende del contexto demográfico, político y sociocultural, ya que no es lo mismo llegar a ser adulto mayor con altos recursos económicos que siendo pobre, o vivir en un país desarrollado que en uno subdesarrollado (62).

Multidimensional: la calidad de vida del adulto mayor se relaciona con múltiples factores como son dimensiones personales que son la autonomía de la persona, la salud y la satisfacción, y la dimensión socio ambiental, que estarían involucrados los servicios sociales y las redes de apoyo. Diríamos que el género, lo social y lo económico son determinantes propios de cada individuo, como sus expectativas y apreciaciones, de esta manera se puede evaluar la calidad de vida. El adulto mayor requiere de satisfacción y bienestar, para tener una vida digna y que se desarrolle con normalidad. (59).

El adulto mayor es un ser humano complejo y multidimensional, para que tenga un bienestar se involucran aspectos sociales, económicos, en el área de la salud, la familia y el apoyo que recibe de ellos y su historia de vida. Todo adulto mayor merece llevar una buena calidad de vida con dignidad y que pueda ser partícipe activo en su entorno (13).

Objetivos: son aspectos que se pueden observar y que ayudan al bienestar como los servicios básicos que cuenta el adulto mayor, si existe la presencia de enfermedades, relaciones familiares, si cuenta con casa propia o renta, los bienes que éste tiene (63).

Subjetivos: son aspectos que no podemos ver, que son propios del adulto mayor, como los juicios la valoración y sentimientos que tiene en relación a su vida, como la aceptación del rol en esta etapa en la sociedad, la percepción del bienestar, aceptación a cambios e incluso percepción a una discriminación. Por tanto la calidad de vida valora las condiciones del individuo conjuntamente con el grado de satisfacción que el adulto mayor puede experimentar frente a múltiples situaciones de la vida que se le presenten (13).

Áreas de la calidad de vida del adulto mayor

Vida familiar: La familia juega un papel muy importante en relación con la calidad de vida, el adulto mayor siente el apoyo de su familia cuando ve interés en él.

Vida física: En el adulto mayor su salud empieza a decaer, para la conservación de la misma son factores vitales la alimentación, el ejercicio, el descanso, y evitar el estrés o preocupaciones.

Vida social: En el adulto mayor es el resultado de la interacción con otros seres humanos.

Vida intelectual: El adulto mayor tiene la capacidad de pensar, de formular conceptos, y formular juicios y expresarlos por medio del lenguaje, el grado de estudio es el que diferencia de un ser de otro.

Vida laboral: En el adulto mayor el trabajo puede permanecer gravemente delimitado, ya sea por las creencias de las personas de que los adultos mayores son incapaces de desarrollar un trabajo, o por sentimientos propios del adulto mayor de incapacidad de laborar, o por situaciones de salud que limiten su función laboral.

Vida espiritual: En el adulto mayor es una búsqueda incesante para buscarse a sí mismos, una pesquisa de sentido de la vida y de la razón de ser.

Vida económica: Según Schopenhauer menciona que el ser humano gasta su salud para obtener dinero, y cuando llega a ser adulto mayor gasta ese capital tratando de recuperar la salud.

Vida emocional: en el adulto mayor la emoción viene a ser como un estado de ánimo que se caracteriza por una revolución orgánica consiguiente a recuerdos, impresiones de los sentidos o ideas (60).

2.5. Hipótesis

A mayor grado de depresión menor calidad de vida de los adultos mayores del sector rural, de la parroquia Juan Benigno Vela.

2.6. Señalamiento de variables

Objeto de estudio: Adulto mayor

Variable independiente: Depresión

Variable dependiente: Calidad de vida

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación

La presente investigación es de campo, porque se va a recolectar datos enfocados a comprender, observar, e interactuar con las personas involucradas en un entorno natural, tomando en cuenta de modo directo la realidad, y así llegar a tener la información de acuerdo a los objetivos planteados.

La investigación además es bibliográfica o documental, porque se busca y recopila información sistemática con diversos enfoques sobre conceptualizaciones o teorías sobre la calidad de vida y depresión en la población adulta mayor, mediante fuentes, secundarias y terciarias

3.2. Nivel o tipo de investigación

La investigación es de tipo cuantitativo, analítico de corte trasversal, en el cual se examinará los datos de manera numérica, desde el punto de vista estadístico las dimensiones de calidad de vida y niveles depresivos del adulto mayor

La intención de este estudio es, describir, analizar la relación de la calidad de vida y depresión en los adultos mayores utilizando mediciones numéricas, con la recolección de la información y con el análisis estadístico respectivo, en busca de resolver la problemática planteada, con la utilización de los test de calidad de vida y depresión (64).

3.3. . Población o muestra.

Universo de estudio: 71 adultos mayores de la parroquia Juan Benigno Vela de las comunidades Pataló, San Miguel y San Luis.

Criterios de inclusión

- Todas las personas que tengan 65 años en adelante.
- Consentimiento informado por parte de los adultos mayores.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con discapacidad intelectual y auditiva.
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.

Criterios éticos.

Se basa los criterios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, además del consentimiento informado.

Es decir, respetando las decisiones del adulto mayor frente a la investigación, después de otorgar toda la información correspondiente, explicando el propósito de beneficiar al participante, se guardara protección a la población vulnerable, además de los riesgos potenciales de estudio, que no haya daño conductual, emocional al adulto mayor, se realizará la codificación de las encuestas, para mantener la confidencialidad, la información recogida y emisión de resultados será con acceso restringido para otras personas, además la aplicación de los test será de forma privada.

3.4. Operacionalización de variables

Tabla 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DE VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
La depresión es un trastorno de la salud mental del ser humano crónico, que se caracteriza por diferentes síntomas y sentimientos afectivos y de la esfera emocional	Edad	6 a 10 puntos	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	Encuesta	Escala de depresión geriátrica Yesavage.
	Genero		¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?		
	Estado civil		¿Siente usted que su vida está vacía?		
	Instrucción		¿Se aburre usted a menudo?		
	Ocupación		¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
	Con quien vive	11 a 15 puntos	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
	Grupo Étnico		¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
	Nivel leve		¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?		
			¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
			¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
			¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?		
			¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?		
	Nivel severo		¿Se siente usted con mucha energía?		
			¿Siente usted que su situación es irremediable?		
			¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		

Elaborado Por: Dra. Andrea Salvador

Tabla 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
La calidad de vida es la percepción subjetiva que cada persona tiene y que está relacionada por el estado de salud de ese momento y de la capacidad para poder desarrollar actividades importantes para el ser humano, los factores objetivos o subjetivos pueden influir o son indicadores de índices de esperanza de vida.	Objetivo	Movilidad	1. No tengo problemas para caminar 2. Tengo algunos problemas para caminar 3. Tengo que estar en la cama.	Encuesta	Cuestionario EuroQol-5D
	Percepción subjetiva	Cuidado personal	1.No tengo problemas para caminar 2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo. 3.Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	Encuesta	Cuestionario EuroQol-5D
	Actividades	Actividades de todos los días	1. No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días 2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días 3. Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	Encuesta	Cuestionario EuroQol-5D
	Estado de salud	Dolor/ Malestar	1. No tengo dolor ni malestar 2. Tengo moderado dolor o malestar 3. Tengo mucho dolor o malestar	Encuesta	Cuestionario EuroQol-5D
		Ansiedad/ Depresión	1. No estoy ansioso ni deprimido 2. Estoy moderadamente ansioso o deprimido 3. Estoy muy ansioso o deprimido	Encuesta	Cuestionario EuroQol-5D
		EVA			

Elaborado Por: Dra Andrea Salvador.

3.5. Recolección de información

- La investigación se llevará a cabo en la población adulto mayor de los sectores de influencia del médico posgradista de medicina familiar y comunitaria de la parroquia Juan Benigno Vela, los sectores son: San Luis, San Miguel, Pataló Alto.
- Se realiza la socialización del proyecto de investigación con el director del centro de salud, para dar información sobre el trabajo que se va a realizar, y coordinar la vinculación con los adultos mayores.

- Se utiliza la escala modificada de depresión geriátrica Yesavage.

Este test es un instrumento de tamizaje que sirve para medir la depresión en adultos mayores, los cuales participen de este interrogatorio deben responder por sí o no sobre cómo se sintieron en la última semana, es un test útil para esta edad ya que evita la disminución de la concentración y el cansancio del paciente.

Se valora 15 ítems los cuales nos reportaran al final si se encuentran en depresión. El tiempo que puede durar esta intervención es de 10 minutos. Se utiliza extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo. Validez y confiabilidad: En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica (65)(66).

- Se utilizara el Cuestionario EuroQol-5D que valora calidad de vida.

El EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que puede ser utilizado tanto en individuos relativamente sanos, como en grupos de pacientes con diferentes patologías y adultos mayores, valora las dimensiones física, psicológica y social. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada

una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves).

En esta parte del cuestionario, el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimentó el cuestionario. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas». Tiene una buena validez discriminante y de contenido además una adecuada fiabilidad, con los resultados adquiridos con el EQ-5D existen varias posibilidades, y la manera óptima de presentar los resultados dependerá de la parte del instrumento (sistema descriptivo, EVA) en cuestión.

Para el sistema descriptivo el análisis más sencillo es la descripción por dimensiones mediante proporciones de individuos con problemas, ya sea en porcentajes de los niveles de gravedad en cada dimensión o bien agregando los niveles 2 y 3 para dar dos categorías de pacientes, con y sin problemas, en una determinada dimensión.

La escala visual analógica (EVA), el valor concedido al estado de salud global es una medición cuantitativa que accede a comparar medias o medianas entre grupos y cambios en el tiempo. El uso de medias o medianas, así como de las medidas de dispersión correspondientes, depende de la distribución de las puntuaciones, encontrando una distribución comparativamente sesgada en poblaciones más sanas y menos sesgada en poblaciones menos sanas. Se puede también categorizar las puntuaciones adquiridas con la EVA en forma de una escala cualitativa de 5 categorías.

Finalmente, los valores de preferencia incorporados en el índice del EQ-5D pueden utilizarse solos, como modo de resumen de los estados de salud, o pueden combinarse con datos de supervivencia para calcular los Años de vida ajustados por calidad. La selección de uno u otro tipo de análisis dependerá tanto de los objetivos como del enfoque del estudio. (67).

3.6. Plan de procesamiento de la información.

Los datos serán recogidos con la encuesta utilizando la escala de depresión geriátrica de Yasavage y Calidad de vida con la utilización del cuestionario EuroQol-5D, y la escala.

- Revisión de la información obtenida
- Identificación de las variables de estudio
- Excel para establecer la base de datos
- Establecer la relación de variables
- Validación de hipótesis a través de una prueba estadística
- Metodología y análisis de discusión, se utilizan medidas de resumen para variables cuantitativas.
- Programa estadístico SPSS 24 versión para el análisis de datos

CAPITULO 4

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. Resultados

Análisis exploratorio

En una primera instancia se realizó un análisis exploratorio de las variables de la Encuesta Calidad de vida y depresión, para ello se utilizó el software SPSS versión 24, obteniendo los siguientes resultados.

4.1. Características sociodemográficas

4.1.1. Género

Tabla 3 DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO DE LA PARROQUIA JUAN BENIGNO VELA

Género	Edad		
	Recuento	%	Media
Masculino	32	45,1%	74,03
Femenino	39	54,9%	75,21

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

Los resultados obtenidos respecto a los datos generales en relación al género se encontraron que de los 71 adultos mayores evaluados el 54.9% son mujeres y el 45.1% corresponden a hombres, se menciona que en el Ecuador según datos del INEC en la población rural el 49.4% son mujeres, y el 50.6% son hombres, lo que representa que no existe mayor variación en su porcentaje (68).

4.1.2. Distribución de género según etnia

Tabla 4 DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO SEGÚN ETNIA DE LOS ADULTOS MAYORES

		Etnia		Recuento
		Indígena	Mestizo	
		% del N de columna	% del N de columna	
Género	Masculino	29,6%	15,5%	11
	Femenino	42,3%	12,7%	9

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En relación con las características de la distribución de género según etnia, la mayor participación se tiene de etnia indígena con un 71.8% y la mestiza con el 28.5%; de igual forma, la distribución de la muestra según la etnia esta que el 45.1% es para los hombres de los cuales el 29.6% es indígena y el 15.5% son mestizos, para el caso del género femenino la distribución es de 42.3% indígena y del 12.7% mestiza representando un total de la muestra del 54.9% , cabe recalcar que según estudios realizados en el Ecuador por el CEPAL el 7 % de la población es indígena, y en América Latina está representada por un 8.3% (69).

4.1.3 Distribución de la población según rango de edad

Tabla 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RANGO DE EDAD DE LOS ADULTO MAYORES

		Género		
		Edad	Masculino	Femenino
Edad (Edad grupo quinquenal)	65 hasta 69	40,6%	38,5%	40%
	70 hasta 74	18,8%	12,8%	16%
	75 hasta 79	15,6%	15,4%	16%
	80 hasta 84	12,5%	17,9%	15%
	85 y mas	12,5%	15,4%	14%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En lo referente a la distribución de la población según rango de edad, las mayores poblaciones para este estudio se concentran en las edades comprendidas en la clase de adultos mayores menores a 70 años tanto en hombres como en mujeres teniendo una participación del 40%, luego le sigue las edades del 70 hasta 74 años y el rango de edad de 75 hasta 79 años con un porcentaje del 16% en cada rango de edad respectivamente

4.1.4. Estado civil

Tabla 6 ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
		% del N de tabla	% del N de tabla	% del N Tabla
Estado civil	Casado	22,5%	31,0%	53,5%
	Viudo	19,7%	21,1%	40,8%
	Divorciado	1,4%	2,8%	4,2%
	Soltero	1,4%		1,4%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En relación al estado civil se identificó que el 53% de la muestra seguían casados teniendo una distribución del (31%) mujeres y (22.5%) hombres, en el caso de viudos se tiene que el porcentaje total es del 40% repartido en porcentajes de muestra del 19.7% para los hombres y del 21.1% para las mujeres, en particular hay que recalcar que los porcentajes de divorciados es del 4.3% teniendo que para el caso de los hombres es del 1.4% y de las mujeres del 2.8%, también se nota un bajo porcentaje de solteros y esto es solo en hombres del 1.4% de la muestra. Un estudio realizado en la ciudad de Quito en población adulta mayor se encontró que el 55% son casados, ocupando el segundo lugar los viudos con el 29% (70).

4.1.5 Estado civil según rango de edad

Tabla 7 ESTADO CIVIL DISTRIBUIDO SEGÚN RANGO DE EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES

		Estado civil			
		Casado	Viudo	Divorciado	Soltero
		% del N de tabla			
Edad (Edad grupo quinquenal)	65 hasta 69	28,2%	7,0%	2,8%	1,4%
	70 hasta 74	8,5%	5,6%	1,4%	
	75 hasta 79	4,2%	11,3%		
	80 hasta 84	7,0%	8,5%		
	85 y mas	5,6%	8,5%		

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

El estado civil distribuido según rango de edad se observa mayor porcentaje para casados en un 53.5%, este porcentaje se concentra en las edades de 65 a 70 años en un 28.2%, en lo referente a viudos es el 40.8%, mostrando mayor rango en las edades de 75 hasta 80 años.

4.1.6 Estado civil y convivencia

Tabla 8 ESTADO CIVIL Y CONVIVENCIA DEL ADULTO MAYOR

		Estado civil			
		Casado	Viudo	Divorciado	Soltero
		% del N de tabla			
Con	Esposa/o	47,9%			
quién	Hijo/a y	5,6%	19,7%	2,8%	
vive	familia				
	Solo		18,3%		
	Nieto/a		2,8%	1,4%	
	Hermano				1,4%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

La característica del grupo de investigación se tiene que del 53.5% de la población casada se distribuye en 47.9% que vive con el esposo y el 5.6% vive con hijos y familiares, en lo referente a viudos 40.8% de la población de los cuales el, 19.7% conviven con hijos/a y familia y viven solos en un 18.3%, y el 2.8% vive con nietos, en relación a los divorciados representa el 4.2% de lo sociales el 2.8% viven con Hijo/a y familia y el 1.4% con nieto/a, se evidencia un porcentaje bajo de solteros del 1.4% que viven con el hermano. En un estudio realizado en Jalisco se identificó que la mayoría de adultos mayores en el 68.3% son casados y viven con su esposa/o, el 18.7% son viudos, el 4.3% viven con alguien y solteros o divorciados en el 8.6% (71).

4.1.7 Instrucción

Tabla 9 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

		Género		
		Masculino	Femenino	
		% del N de	% del N de	
		tabla	tabla	Total
Instrucción	Analfabeto	21,4%	27,1%	48,6%
	Primaria incompleta	10,0%	14,3%	24,3%
	Primaria Completa	4,3%	14,3%	18,6%
	Secundaria	8,6%		8,6%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En lo referente al nivel de instrucción se tiene que el 48.6% de la muestra es analfabeta teniendo así que 21.4% es para los masculinos y el 27.1% para las femeninas, primaria incompleta se tienen un total de 24.3% repetido en un 10% para los masculinos y 14.3% para en género femenino, en lo referente a primaria completa este representa el 18.6% de la muestra y secundaria se tienen un total de 8.6% y en este caso se tiene solo en muestra de los de género masculino. En un estudio en la provincia de Azuay en el Ecuador sector rural se evaluó el nivel educativo que menciona que la educación primaria es mayor en el 68.4% (72).

4.1.8 Ocupación

Tabla 10 OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

		Género		
		Masculino	Femenino	Total
		% del N de tabla	% del N de tabla	
Ocupación	Comerciante	7,0%	8,5%	15,5%
	Agricultura	28,2%	29,6%	57,7%
	QQDD	9,9%	15,5%	25,4%
	Costurera	0,0%	1,4%	1,4%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En lo referente a la actividad económicamente activa que la población en estudio se dedica se tiene que es la agricultura, su primera fuente de ingreso 57.7% este porcentaje se encuentra repartido en un 28.2% para el género masculino y en un 29.6% para el género femenino, la según actividad es la de QQDD con un 25%, en el caso de comerciantes es de 15.5% y en menor porcentaje se tiene la actividad económica del 1.4% a costurera.

4.2. Descriptivos calidad de vida

Tabla 11 DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA

		Género		
		Masculino	Femenino	R. General
		% del N de tabla		
Movilidad	No tengo problemas para caminar	22.5%	23.9%	46.5%
	Tengo algunos problemas para caminar	22.5%	31.0%	53.5%
Cuidado personal	No tengo problemas con el cuidado personal	28.2%	33.8%	62.0%
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	16.9%	21.1%	38.0%
Actividad de todos los días	No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días	22.5%	22.5%	45.1%
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	22.5%	32.4%	54.9%
Dolor Malestar	No tengo dolor ni malestar	15.5%	15.5%	31.0%
	Tengo moderado dolor o malestar	29.6%	33.8%	63.4%
	Tengo mucho dolor o malestar		5.6%	5.6%

Ansiedad/Depresión	No estoy ansioso ni deprimido	19.7%	26.8%	46.5%
	Estoy moderadamente ansioso o deprimido	23.9%	25.4%	49.3%
	Estoy muy ansioso o deprimido	1.4%	2.8%	4.2%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En cuanto a la calidad de vida, para el total de la población, la dimensión, de molestias moderadas se tiene que, el 53.5% tiene algún problema de movilidad, en problemas para el cuidado personal en un 38%, en la realización de actividades de todos los días con un 54.9%, los dolores y malestares se valora un 63.4% y en lo referente a ansiedad y depresión lo valora en 49.3%.

En segundo lugar, se encuentra las respuestas cuyas valoraciones el de no tener algún dolor o malestar siendo así la valoración para movilidad del 46.5%, en cuidado personal del 62.0%, en la realización de actividades de todos los días del 45.1%, en la variable dolor y malestar del 31% y en lo referente ansiedad y depresión del 46.5%. Las valoraciones de tener muchos dolores o ansiedad se dan en porcentaje bajos y solo en las variables en dolor y malestar con un 5.6% y en Ansiedad y depresión en el 4.2%.

Lo que representaría, que los adultos mayores con relación a su calidad de vida la variable más afectada es que presenta moderado dolor o malestar, seguida de que presentan algunos problemas para realizar las actividades de todos los días y la variable de movilidad, presentando algunos problemas para caminar, este porcentaje prevalece en el género femenino.

En un estudio realizado en España en el test calidad de vida EuroQ5D se evidencia que los adultos mayores tienen un 58% problemas para caminar, y un 13% tienen algunos problemas para realizar actividades cotidianas, y en relación a la variable depresión en un 32%, predominando más en mujeres, por lo que se evidencia que existe un comportamiento muy similar con la población estudiada, ya que las variables afectadas son las mismas en este estudio (73).

4.3. Autovaloración del estado de salud

Tabla 12 AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EVA DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD.

		EVA,(Calidad de vida)		
		Baja, hasta 50	Media, 50 hasta 75	Alta, mayor a 75
		% del N de tabla		
Edad (Edad grupo quinquenal)	65 hasta 69	16,9%	8,5%	14,1%
	70 hasta 74	4,2%	5,6%	5,6%
	75 hasta 79	11,3%	2,8%	1,4%
	80 hasta 84	15,5%	0,0%	0,0%
	85 y mas	14,1%	0,0%	0,0%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

Obsérvese que el indicador de calidad de vida, global es de el 21.1% de la población tiene una calidad de vida alta, el 16.9% calidad de vida media y el 62% calidad de vida baja. Al distribuir según rango de edad se visualiza una concentración porcentual en promedio del 14.4% en todas las edades a excepto de los adultos mayores en edad de 70 hasta 75 años cuyo porcentaje es del 4.2%, Tabla 10. Según la escala EVA el 53,5% de los adultos mayores tienen una calidad de vida baja, como se muestra en la tabla 11.

En un estudio realizado en España la escala de EVA, demuestra valores para varones en 70 y en el grupo femenino fue de menor a 50, lo que representaría, una calidad de vida

media y baja, lo que concuerda con este estudio, evidenciando que los adultos mayores son pocos los que tienen una calidad de vida adecuada (73).

Tabla 13 AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EVA Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

		Depresión		
		Adulto mayor sin depresión	Depresión leve	Depresión severa
		%		
EVA (Calidad de Vida)	Baja, hasta 50	8,5	38,0	15,5
	Media, 51 hasta 75	15,5	1,4	0/0,0
	Alta, mayor a 76	21,1	0,0	0/0,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

4.4. Descriptivos depresión

Tabla 14 DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

		Género		
		Masculino	Femenino	R. General
		% del N de tabla		
1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	No	31.0%	28.2%	59.2%
	No aplica	14.1%	26.8%	40.8%
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	Si	28.2%	23.9%	52.1%
	No aplica	16.9%	31.0%	47.9%
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	Si	16.9%	26.8%	43.7%
	No aplica	28.2%	28.2%	56.3%

4. ¿Se aburre usted a menudo?	Si	28.2%	31.0%	59.2%
	No aplica	16.9%	23.9%	40.8%
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	No	11.3%	19.7%	31.0%
	No aplica	33.8%	35.2%	69.0%
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Si	9.9%	18.3%	28.2%
	No aplica	35.2%	36.6%	71.8%
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	No	16.9%	25.4%	42.3%
	No aplica	28.2%	29.6%	57.7%
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	Si	26.8%	33.8%	60.6%
	No aplica	18.3%	21.1%	39.4%
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si	12.7%	16.9%	29.6%
	No aplica	32.4%	38.0%	70.4%
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	Si	21.1%	18.3%	39.4%
	No aplica	23.9%	36.6%	60.6%
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	No	8.5%	15.5%	23.9%
	No aplica	36.6%	39.4%	76.1%
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	Si	4.2%	5.6%	9.9%
	No aplica	40.8%	49.3%	90.1%
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	No	35.2%	40.8%	76.1%
	No aplica	9.9%	14.1%	23.9%
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	Si	9.9%	16.9%	26.8%
	No aplica	35.2%	38.0%	73.2%
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	Si	16.9%	21.1%	38.0%
	No aplica	28.2%	33.8%	62.0%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En los resultados de depresión, del total de la población de estudio, se tiene que como respuesta a las preguntas los siguientes porcentajes. Satisfacción con su vida, la valoración total para las respuestas es de no, en un 59.2% teniendo para el género masculino un porcentaje de 31% y para el género femenino del 28.2%, las personas de la muestra que no dio respuesta a este ítem es del 40.8%. En lo referente a la suspensión de actividades de interés se tiene que un 52.1 % de respuestas favorable y un total de 47.9 de personas que no aplicaron a esta repuesta.

De manera general se tiene que del 100% de las respuestas emitidas en este test el 38.7% se tiene de respuesta afirmativa, el 46.5% de respuestas negativas y un 58.7% de respuestas que no aplican es decir que no se respondió, la pregunta que más enunciaciones negativas tiene es la número 13; la pregunta uno y la pregunta tres, en un estudio realizado en España con una población de 101 pacientes de igual manera la pregunta con mayor especificidad en el resultado fue la número uno con un 91.1% y mayor sensibilidad la número 3 con el 72.1%, lo que manifiesta que los adultos mayores expresan con estas preguntas su afección depresiva (74).

4.4.1 Depresión según rango de edad

Tabla 15 DEPRESIÓN SEGÚN RANGO DE EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES

		Indicador (depresión)		
		Sin depresión, hasta 5	Depresión Leve, 5 hasta 10	Depresión severa, mayor a 10
		% del N de tabla		
Edad (Edad grupo quinquenal)	65 hasta 69	26,8%	11,3%	1,4%
	70 hasta 74	12,7%	2,8%	0,0%
	75 hasta 79	4,2%	11,3%	0,0%
	80 hasta 84	1,4%	9,9%	4,2%
	85 y mas	0,0%	4,2%	9,9%

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

Según rango de edad en adultos mayores, se observa de la muestra que el 45.1% no presenta depresión, el 39.5 % presenta depresión leve y el 15.5% depresión severa, este factor se visualiza pues los porcentajes de personas normales y depresión leve varían en más del 100% en edades cuyo rango van de 75 años en adelante, es así que en valor normal en rango edad es de 4.2% en edades de 75 hasta 80 años y en porcentaje de depresión leve en este mismo rango es de 11.3%, este fenómeno también se visualiza en edades de 80 a 85 años es mas en estas edades el cambio de normal a depresión leve ve un cambio del 900% es decir del 1.4% se incrementa al 9.9%.

En un estudio realizado en Chachapoyas, se evidencia que existe mayor depresión en las edades de 72 a 83 años en un 70%, por lo que muestra que la población adulta mayor conforme pasan los años se hace evidente la depresión en este grupo de edad (75).

4.4.2. Depresión según género.

Tabla 16 DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES

Indicador	Género	
	Masculino	Femenino
	% del N de tabla	
Sin depresión, hasta 5	22,5%	22,5%
Depresión Leve, 6 hasta 10	15,5%	23,9%
Depresión severa, mayor a 10	7,0%	8,5%

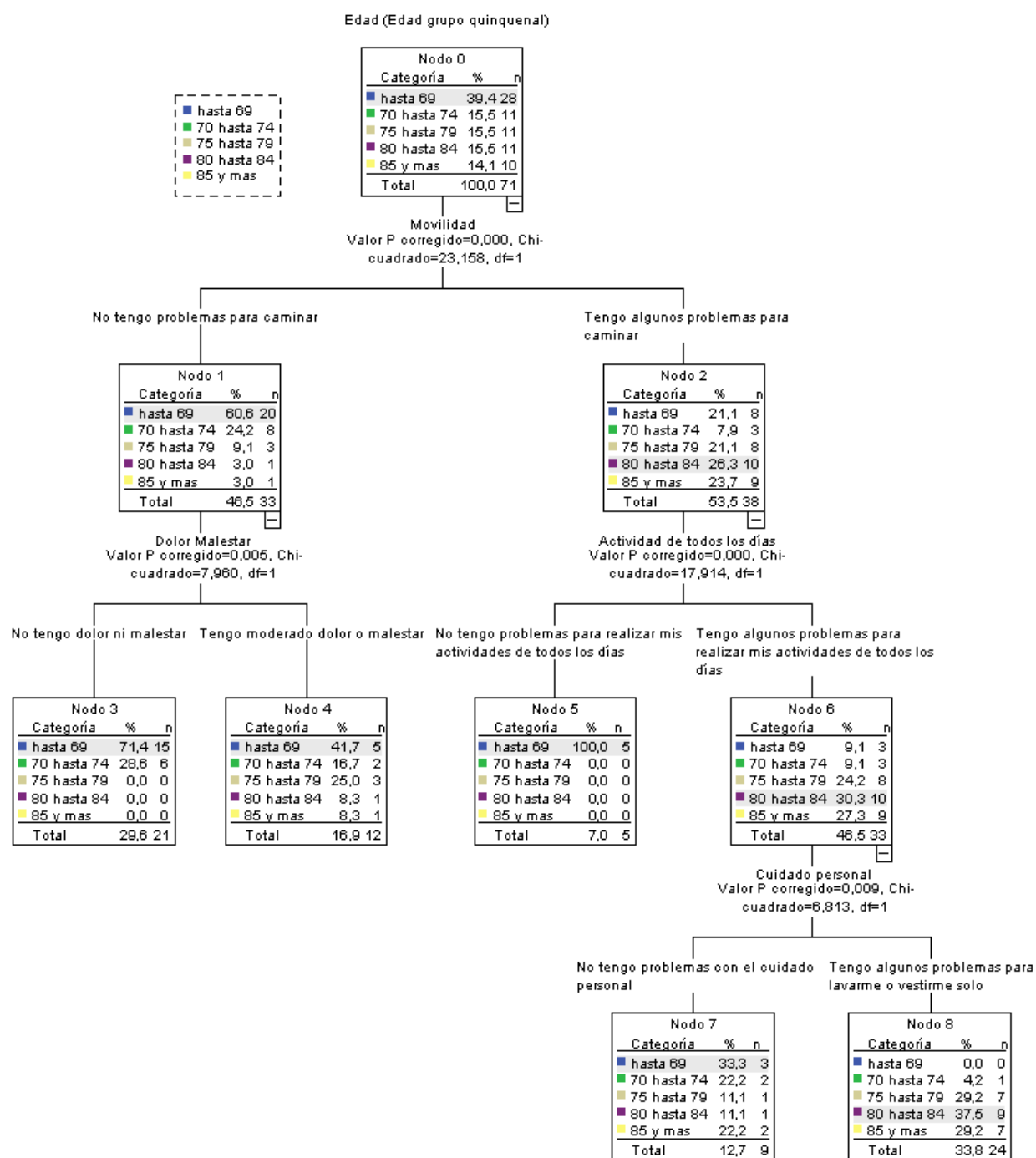
Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En esta tabla se visualiza que tanto hombres como mujeres en la población de estudio son personas sin depresión o normales en un porcentaje de 22.5%, sumados estos porcentajes agrupa al 45%, la opción de depresión leve las mujeres son las que más visualizan este estado con un 23.9%, superior en aproximadamente 8.4% más que la población masculina.

En un estudio en Cuenca de 54 adultos mayores, el 54 % no tiene depresión, pero el 29% presenta depresión leve, y el 17% presenta depresión severa, afectando más a las mujeres, como en esta investigación (76).

4.5. Perfiles según edad calidad de vida.

El Diagrama de árbol obtenido, para determinar el perfil de los habitantes según los indicadores de calidad de vida, se basa en una tabla de frecuencias en la que el principal factor considerado es la edad en función de la cual se muestra el número de casos (frecuencia y porcentaje) para cada categoría de la variable dependiente.



El nodo 0 que describe la variable dependiente edad y como está distribuida la población según esta variable por porcentaje y valor absoluto, indicándonos que la mayor cantidad de la población en el estudio se encuentra en edades de menor a 70 años con un total de 28 adultos mayores.

A partir del nodo edad se toma la ramificación en función del indicador, seguidamente observamos que la variable dependiente se ramifica en dos nodos: Nodo 1 y 2 pertenecientes a la variable Movilidad como variable principal predictor, que describe o induce a determinar el grado de calidad de vida de las personas en termino de problemática para caminar, en la cual se ve que la población en edad menor a 70 años no presenta esta problemática y como segundo factor o indicador que mide su calidad de vida es la variable dolencia en la cual se visualiza que el 19.6% de esta población si sufre de dolencia. Siendo estos dos factores los que inciden en la calidad de vida de esta población.

En el caso de la población que presenta problemas para caminar representa el 53.5% de la población en estudio y la mayor problemática se centra en edades de 80 a 85 años con un porcentaje de 26.3%, por ende esta población se ve afectada en la realización de sus actividades diarias mostrando nuevamente que la poblaciones edad menor a 70 años pese a su limitación de movilidad no tiene problemas para realizar sus actividades diarias , en cuanto que las personas en edades superiores si tiene problemas para realizar sus actividades diarias por ende el indicador de cuidado personal también es un factor en el sentido de levantarse y cambiarse solo.

4.6. Perfil depresión por grupo de edad.

En cuanto a las variables de depresión se agruparon en 5 indicadores los cuales muestran que la depresión en términos de edad. Esta agrupación se realiza a través de un análisis factorial con extracción de análisis de componentes principales, recoge la carga o ponderación de cada factor en cada una de las variables. Teniendo así que en el caso de la herramienta depresión se agrupa en las siguientes nuevas variables:

Factor 1= lo designamos como forma de vida misma que consta o se forma con las preguntas P3, P5, P11 y P15

El Factor 2 = Satisfacción con las variables, P1, P2 y P8

Factor 3 = Estado de ánimo, P4, P7, P10, P12

Factor 4 = Salud, P7, P13 y P14

Factor 5 = Medio Ambiente, P4, P6 y P9

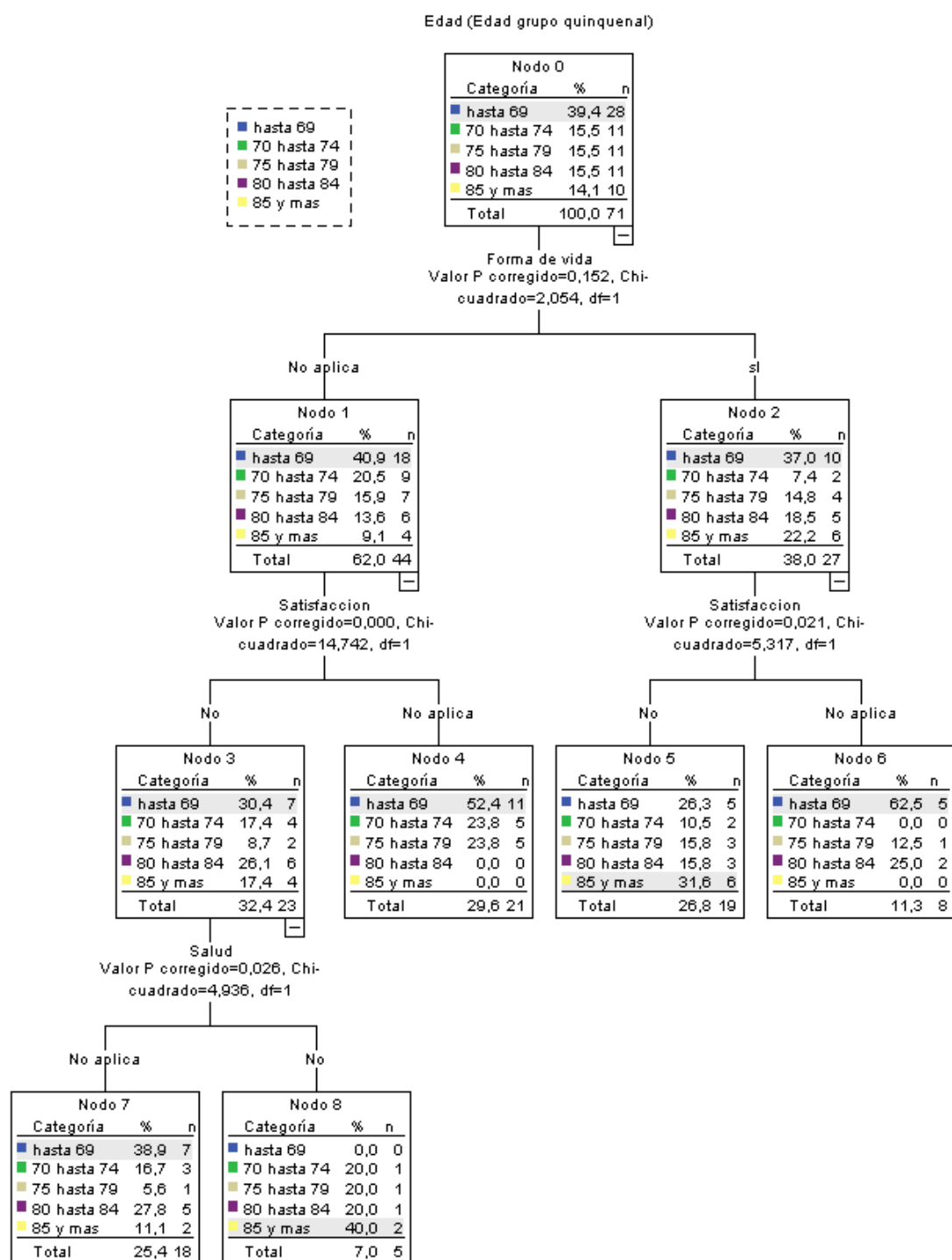


Gráfico 2 Diagrama de árbol de Depresión

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

En este perfil se tiene la conformación de dos nodos los que muestran las respuestas de no aplica quienes representan un total de 62% de la población y cuyas personas en edades inferiores a 70 sus respuestas fueron no y no aplica, su perfil de depresión depende de las variables forma de vida Satisfacción y salud.

Para el caso del nodo dos que presenta el segundo perfil de depresión se basa en las respuestas SI y agrupa a las variables o indicadores forma de vida y satisfacción agrupando a personas cuyas edades están entre 85 años y más y al grupo de edad menor a 70 años.

4.2.Verificación de hipótesis

Análisis de correlación:

La prueba de inferencia estadística utilizada es el análisis de correlación, la misma que nos ayuda a averiguar si las variables depresión y calidad de vida están relacionadas entre sí y qué relación tiene entre estas variables, para ello se utiliza el coeficiente de correlación de Serman, ya que la muestra de estudio, se basa en datos categóricos.

La consideración tomada en el análisis es:

El nivel de significación: indica si existe o no relación entre dos variables. Cuando la significación es menor de 0,05 sí existe correlación significativa

El coeficiente de correlación (r). Este coeficiente puede oscilar entre -1 y +1. Cuanto más se aleja de 0, más fuerte es la relación entre las dos variables. El signo (positivo o negativo) de la correlación indica la dirección de la relación.

Tabla 17 ANÁLISIS CORRELACIONAL

Correlaciones			Movilidad	Cuidado personal	Actividad de todos los días	Dolor Malestar	Ansiedad/Depresión	Forma de vida	Satisfacción	Estado de animo	Salud	Miedo
Rho de Spearman	Movilidad	Coefficiente de correlación	1,000	,555**	,688**	,662**	,554**	-,265*	-,202	-,265*	-,192	-,479**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,026	,091	,026	,109	,000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Cuidado personal		Coefficiente de correlación	,555**	1,000	,651**	,530**	,547**	-,223	-,356**	-,223	-,240*	-,188
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	,062	,002	,062	,043	,117
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Actividad de todos los días		Coefficiente de correlación	,688**	,651**	1,000	,733**	,632**	-,243*	-,341**	-,243*	-,177	-,398**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,041	,004	,041	,141	,001
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Dolor Malestar		Coefficiente de correlación	,662**	,530**	,733**	1,000	,627**	-,167	-,399**	-,167	-,385**	-,523**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,163	,001	,163	,001	,000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Ansiedad/Depresión		Coefficiente de correlación	,554**	,547**	,632**	,627**	1,000	-,220	-,519**	-,220	-,348**	-,499**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	,066	,000	,066	,003	,000
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Forma de vida		Coefficiente de correlación	-,265*	-,223	-,243*	-,167	-,220	1,000	,179	1,000**	,240*	,246*
		Sig. (bilateral)	,026	,062	,041	,163	,066	.	,136	.	,043	,038
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Satisfacción		Coefficiente de correlación	-,202	-,356**	-,341**	-,399**	-,519**	,179	1,000	,179	,265*	,269*
		Sig. (bilateral)	,091	,002	,004	,001	,000	,136	.	,136	,026	,023
		N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

Estado de animo	Coefficiente de correlación	-.265*	-.223	-.243*	-.167	-.220	1,000**	,179	1,000	,240*	,246*
	Sig. (bilateral)	,026	,062	,041	,163	,066	.	,136	.	,043	,038
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Salud	Coefficiente de correlación	-.192	-.240*	-.177	-.385**	-.348**	.240*	.265*	.240*	1,000	,371**
	Sig. (bilateral)	,109	,043	,141	,001	,003	,043	,026	,043	.	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Miedo	Coefficiente de correlación	-.479**	-.188	-.398**	-.523**	-.499**	.246*	.269*	.246*	.371**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,117	,001	,000	,000	,038	,023	,038	,001	.
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Md. Andrea Salvador

La matriz de correlación presenta por pares de variables el coeficiente de Spearman y el nivel de significancia obtenido, además del número de casos, la correlación entre cada pareja. En el presente estudio, el nivel de significancia en promedio es de (0.043) valor menor a 0.05, mostrando una correlación entre las variables de depresión y calidad de vida significativa. Los colores resaltados indican los valores de correlación de Spearman.

Por ejemplo en caso de correlación entre variables calidad de vida se tiene un coeficiente de Spearman superior a 0.6 que es una correlación fuerte, al mezclarse con los indicadores de depresión se nota que la correlación es negativa y significativa pues los valores en promedio de correlación de Spearman son superiores a -0.4.

Esta característica que nos da el análisis correlacional, nos lleva aceptar la hipótesis: Que existe relación lineal entre: A mayor grado de depresión menor calidad de vida de los adultos mayores del sector rural, de la parroquia Juan Benigno Vela. Además, la correlación es moderada (está en el rango entre 0.4 y 0.7) y es inversamente proporcional (tiene signo negativo).

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En el estudio realizado sobre calidad de vida y depresión, se observa un número significativo de adultos mayores que presentan depresión, de este grupo predomina la depresión leve, aunque en un porcentaje bajo también existen personas con depresión severa.
- La depresión leve tiene relevancia en ancianos mayores, se evidencia un alto porcentaje en este estudio siendo prevalente el sexo femenino, mientras que la depresión severa lo ocupan los ancianos avanzados.
- Al utilizar la escala de Yesavage la pregunta de mayor significancia, es la que hace referencia si la persona se encuentra con mucha energía, siendo la respuesta negativa, por lo que la anergia es un lenguaje universal que los adultos mayores lo manifiestan en problemas de depresión.
- La calidad de vida se ve deteriorada conforme van pasando los años, es decir los ancianos jóvenes tienen una mejor calidad de vida en comparación con los ancianos mayores y los avanzados, esto se debe a que esta población padece de depresión leve o severa y esto hace que su calidad de vida se deteriore, a mayor depresión, menor calidad de vida.

5.2. Recomendaciones

- Fortalecer el nivel de atención primaria, concientizando al personal médico, para la toma de acciones de promoción y prevención de salud, aplicando la ley determinada por la Constitución de la República del Ecuador, sobre la atención prioritaria en el ámbito público y privado.

- Este estudio debe aplicarse en otros centros de salud del distrito 18D02 Ambato, con similares características de la población.
- Exhortar al personal médico de la localidad a la autocapacitación y capacitaciones continuas para que puedan ofrecer una mejor atención al grupo de adultos mayores,
- Incentivar al personal de salud a la utilización de algoritmos de atención integral de salud en el adulto mayor.
- Proponer a las autoridades del distrito 18D02 Ambato la implementación de programa de educación continua sobre intervenciones en el adulto mayor para prevención, diagnóstico y manejo de la depresión con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPITULO 6

PROPUESTA

6.1. Tema

Algoritmo para la detección de la depresión y mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor en el primero nivel de atención.

6.1.1. Institución Ejecutora

Centro de salud de Juan Benigno Vela

6.1.2. Beneficiarios

Adultos mayores

6.1.3. Entidad Responsable

Autora: Andrea Daniela Salvador Aguilar

C.I. 1803755303

Dirección: Ambato, 12 de Noviembre y Castillo

Teléfono: 0983280082

Email: draandreasalvador@gmail.com

Tutor: Dra. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa.

6.1.4. Ubicación

Parroquia Juan Benigno Vela

6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Año 2021.

6.1.6. Costos:

100 Dólares

6.2. Antecedentes de la propuesta

La depresión es un factor predisponente para una mala calidad de vida en el adulto mayor, desafortunadamente, es una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida, sin embargo es la responsable no solo del sufrimiento del adulto mayor si no de todo su entorno, deteriorando su calidad de vida.

La presente investigación fue realizada en la parroquia de Juan Benigno Vela, utilizando como técnicas la encuesta, evidenciando un alto porcentaje de adultos mayores con depresión en un 54.9% e identificando una mala calidad de vida en esta población con un 53.5%, por lo que se necesita hacer cambios en estas personas.

La transición demográfica ha hecho que la esperanza de vida ascienda en la población, el envejecimiento es un fenómeno natural de la etapa de una persona, por lo que se debe vivir con dignidad y respeto cuando la persona llega a esta etapa avanzada de la vida, como seres valiosos en la sociedad, merecedores del derecho a la vida. Al presentar un nivel depresivo en el adulto mayor, su calidad de vida empieza en declive, alterando ciertas dimensiones como son la movilidad, las actividades de la vida diaria, el cuidado personal, aparición de ciertos dolores o malestar.

6.3. Justificación

A nivel mundial se registra un acrecentamiento notable de adultos mayores, al incrementar sus años de vida es necesario mejorar la calidad de vida de este grupo. Este trabajo de investigación reportó datos relevantes sobre niveles depresivos en el adulto mayor ocasionando un serio problema en su calidad de vida, haciéndola que vaya en declive. Por lo que es un desafío para los sistemas de salud tanto públicos como privados, ya que es una realidad visible y palpable en la actualidad. Situación que establece en el pilar fundamental de esta investigación, para una mejora de la calidad de vida de esta población y así erradicar la depresión

6.4. Objetivos

6.4.1. General

Diseñar un algoritmo para la detección oportuna de la depresión en el adulto mayor, y mejora de la calidad de vida, en la atención primaria de salud.

6.4.2. Específicos

- Elaborar el algoritmo de detección de la depresión y mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor.
- Proporcionar capacitación al personal de salud para el manejo del algoritmo.

6.5. Análisis de la factibilidad

Esta propuesta de intervención es factible llevar a cabo, ya que se encuentra dentro de las políticas establecidas por parte del Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, para su realización se cuenta con los recursos humanos y físicos, concentrados en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, minimizando los niveles depresivos de los adultos mayores y mejorando así la calidad de vida.

Esta investigación tiene factibilidad legal establecida en el código de Salud del Ecuador valorado por el Ministerio de salud, que se menciona en los siguientes artículos.

Art. 97. Toda persona está obligada a colaborar y a participar en los programas de fomento y promoción de la salud.

Art. 185.- La Dirección Nacional de Salud requerirá de todas las instituciones de salud, los datos estadísticos para centralizarlos y elaborarlos, a fin de satisfacer las necesidades de planificación y desarrollo de programas.

6.6. Fundamentación

La depresión es una patología que afecta a gran número de adultos mayores, esta enfermedad es frecuente ya que muchos no son diagnosticados correctamente, pues la sintomatología puede confundir con otras enfermedades, además la misma población puede crear estigmas de que llegar a envejecer es sinónimo de vivir en la soledad en la tristeza y tener una calidad de vida diferente a la que en años más tempranos la tenía y que no merecen tener una vida digna y vivirla a plenitud por vivir sus últimos años.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que una persona tiene de su esfera en la existencia, en el contexto tanto de la cultura, del sistema

de valores en los que vive y en relación con sus perspectivas, sus normas, e inquietudes. Lo que involucra tanto la salud física, el estado psicológico, su independencia, y su entorno (77).

El algoritmo fue elaborado con la intención de realizar una atención integral al adulto mayor, para una detección oportuna de la depresión y mejoramiento de la calidad de vida, además este tema constituirá en el primer paso para la elaboración de guías o protocolos de manejo pertinente en el adulto mayor con depresión y su calidad de vida.

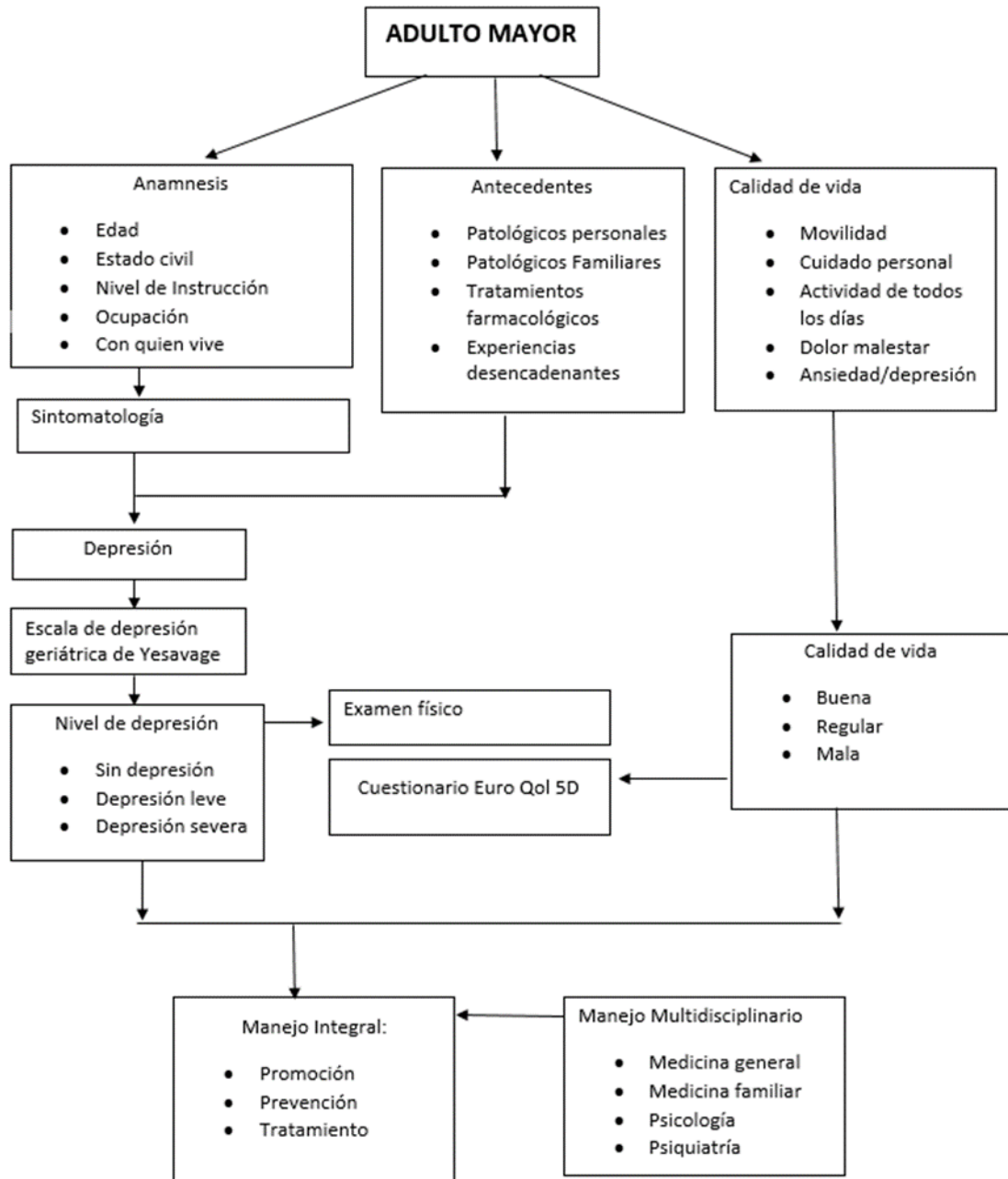
6.7. Metodología. Modelo operativo

Tabla 18 MODELO OPERATIVO.

FASES		METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	FECHAS
I PLANEACIÓN	Presentación del algoritmo en el primer nivel de atención	Implementación del algoritmo	Difusión del algoritmo mediante medios visuales como diapositivas	Utilización del algoritmo	Enero - Febrero 2021
II EJECUCIÓN	Aplicación del algoritmo en el primer nivel de atención.	Lograr el empoderamiento sobre la estrategia en el 98%	Atención integral del adulto mayor mediante el algoritmo, con la utilización de la escala de Yesevage, y el Euro Qol 5D	Diagnóstico de depresión en el adulto mayor. Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor.	Marzo - Mayo 2021
III EVALUACIÓN	Evaluar resultados de la estrategia	Evaluar la aplicación del algoritmo	Evaluaciones con estándares del adulto mayor. Monitoreo, supervisión, control y seguimiento	Evidenciar la aplicación del algoritmo para una disminución de la depresión, y mejora de la calidad de vida del adulto mayor	Junio 2021

Elaborado por: Dra Andrea Salvador.

Algoritmo para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel de atención.



Elaborado por: Dra. Andrea Salvador

Gráfico 3 Algoritmo para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel de atención

6.8. Administración

La propuesta está administrada de la siguiente manera:

Investigadora: Andrea Salvador

Responsable de estructurar y poner en práctica todos los procedimientos que harán posible el cumplimiento del uso del algoritmo.

Tutor de proyecto investigativo:

Se encargó de proporcionar conocimientos durante la realización del trabajo.

Personal de salud capacitado.

6.9. Previsión de la evaluación

¿Que evaluar? Evaluaciones con estándares del adulto mayor, aplicación de las escalas para el diagnóstico manejo de depresión en el que se evidencia la aplicación del algoritmo

¿ Por qué se va a evaluar? Para demostrar la necesidad de facilitar prestaciones de salud en adultos mayores con depresión

¿Para que evaluar? Para saber si el adulto mayor recibe atención integral enfocándose en la promoción, prevención, y tratamiento.

¿Con que criterios? Se evaluara con eficacia, eficiencia y responsabilidad.

MATERIALES DE REFERENCIA

1. Bibliografía

1. Gordillo L. Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llaoca , Cuenca 2015. 2017;
2. Castellanos J. Concepto de Calidad de Vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales. Vol. 24, Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. 2010. 1441–1451 p.
3. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Cuad Bioet [Internet]. 2015;13(2):271–92. Available from: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>0Ahttp://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
4. Gómez A-E. La depresión en el anciano. Divulg Sanit [Internet]. 2010;26. Available from: file:///C:/Users/Asus/Downloads/13111062_S300_es.pdf
5. Zuluaga MC. Depresión, calidad de vida y condiciones de la vivienda como predictores de la mortalidad en ancianos con insuficiencia cardiaca .Tesis doctoral. 2018; Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5193/33053_zuluaga_zuluaga_maria_clemencia.pdf?sequence=1
6. Gómez L. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Biomédica [Internet]. 2011;31(4):469–73. Available from: file:///C:/Users/Asus/Downloads/626-3567-1-PB.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Salud mental. Book [Internet]. 2014;52. Available from: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Organ Mund la Salud [Internet]. 2017;1–5. Available from: <https://bit.ly/3daT6Bx>
9. Ruiz D, Chávez-Ramírez D, Zegbe JA, De F, Sánchez-Morales M, Castañeda-Iñiguez MS. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de

- salud en Zacatecas. *Rev Educ y Desarro.* 2016;29.
10. Peña-solano DM, Herazo-dilson MI, Calvo-gómez JM. Depresión en ancianos. 2009;57(4):347–55. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>
 11. Edwards G. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013. Chile y sus Mayores [Internet]. Encuesta Nacional de calidad de vida. 2013. 1–105 p. Available from: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Resultados-Tercera-Encuesta-Nacional-Calidad-de-Vida-en-la-Vejez-2013.pdf>
 12. Peña-Marcial E B-ML. Calidad de Vida en adultos mayores. 2019;113–8.
 13. León D, Rojas M, Campos F. Guía Calidad de Vida en la Vejez [Internet]. 2017. 1–108 p. Available from: <file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/León, Rojas, Campos - 2011 - Guía Calidad de Vida en la Vejez.pdf>
 14. Rojo-Perez F, Rodriguez-Rodriguez V, Fernandez-Mayoralas G, Pérez Díaz J, Montes De Oca Zavala V, Oddone MJ. La globalización del envejecimiento: Adultos-mayores. Análisis Espac y Represent geográfica innovación y Apl [Internet]. 2016;2121–30. Available from: <http://congresoage.unizar.es/eBook/>
 15. Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. Validación del uso de la escala CESD aplicada en la Encuesta de Condiciones de Vida 2014 Fausto. *Rev Estadística y Metodol.* 1AD;142.
 16. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered.* 2018;29(3):182.
 17. INEC. La población adulto mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemografica y socioeconómica. 2008;32. Available from: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=393&lang=es&TB_iframe=true&height=250&width=800
 18. Villacís B, Carrillo D. Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas. Inec [Internet]. 2011;86. Available from:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>

19. Alvarez E. Estado de Animo y Depresión. Fund Salut i Envelliment [Internet]. 2015; Available from: <file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/De - Unknown - Y depresión.pdf>
20. Cano C, Jose A, Aldana G. Estilos de Vida y Depresión en Población Adulta. 2015;(June). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Borda/publication/312903934_Estilos_de_Vida_y_Depresion_en_Poblacion_Adulta_Mayor_Estudio_SABE_Bogota/links/58895a9f92851c06a133ed32/Estilos-de-Vida-y-Depresion-en-Poblacion-Adulta-Mayor-Estudio-SABE-Bogota.pdf
21. ENSANUT-ECU. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [Internet]. Vol. Tomo 1, Ensanut-Ecu 2012. 2014. 5–722 p. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
22. Basantes M. La depresión y su incidencia en la diabetes. 2012;1:136. Available from: [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3949/1/Basantes Correa María Fernanda.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3949/1/Basantes_Correa_María_Fernanda.pdf)
23. Padilla I. Calidad De Vida Del Adulto Mayor Dentro Del Asilo Los Hermanos De Belén. 2014;(1):2–181. Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
24. Urzúa M A, Navarrete M. [Factor analysis of abbreviated versions of the WHOQoL-Old in Chilean older people]. Rev médica Chile [Internet]. 2013;141(1):28–33. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Patiño F. Psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2013;42(2):198–211. Available from: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/S0034745013700076_S300_es\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/S0034745013700076_S300_es(1).pdf)

26. Ramírez V, Bedoya L, Correa E, Villada J. Riesgos de depresión y factores asociados en adultos mayores. 2015; Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf
27. Capote Leyva E, Dra Zuleika Casamayor Laime I, Juan Castañer Moreno IC. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal Quality of life and depression in elderly patients on renal replacement therapy. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2016;41(3):237–47. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n3/mil03312.pdf>
28. Díaz N. Depresión y factores asociados en universitarios. 2012;1–90. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental - Depresión. 2017;1–16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
30. Palomeque Flores AC PME. Prevalencia de Depresión y factores asociados en el Adulto Mator en la Parroquia Canaribamba.Cuenca 2013. Univ Cuenca -Facultad Ciencias Medicas -Escuela Med [Internet]. 2013; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20219/1/Tesis.pdf>
31. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Rev Salud Publica. 2015;17(2):184–94.
32. Melguizo E., Vargas S. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2017;19(4):549–54. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n4/549-554/es>
33. Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores. Supl del Regist Of [Internet]. 2019;No. 484(9 de mayo):1–37. Available from: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_LEY_ORGANICA_DE_LAS_PERSONAS_ADULTAS_MAYORES.pdf

34. Armas Norma DL. Entre voces y silencio, las familias por dentro. *Med Fam.* 2015;175.
35. Tobergte DR, Curtis S. Vejez y envejecimiento. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
36. Verdugo Alonso MÁ, Arias Martínez B, Gómez Sánchez LE, Schalock RL. Manual de aplicación de la Escala de GENCAT de calidad de vida [Internet]. 2018. 80 p. Available from: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
37. Valenzuela CS. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *An la Fac Med.* 2019;80(1):123–30.
38. Scale HR. Tratamiento de la Depresión. 2013;34–48. Available from: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado05/tratamiento.pdf>
39. Zarragoitia Alonso I. Depresión: generalidades y particularidades [Internet]. Editorial Ciencias Médicas. 2011. 4–138 p. Available from: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
40. Sudupe A, Taboada Ó. Depresión. *Guías Clínicas* [Internet]. 2006;6(11):1–6. Available from: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion Fisterra.pdf>
41. Diaz Villa BA, González González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Lationam Psiquitría* [Internet]. 2012;11(3):106–15. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629104.pdf>
42. Pérez RA, Chamón SL. Síntomas somáticos de la depresión. 2012;39–42. Available from: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/X1138359309908974_S300_es\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/X1138359309908974_S300_es(1).pdf)
43. Esparza, Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev la Fac Med UNAM* [Internet]. 2017;60:7–16. Available

from: file:///C:/Users/Asus/Downloads/tratamiento farmacologico 2017.pdf

44. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, Ávila González M, González García A, Guitián Rodríguez D, De las Heras E, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. *Minist Sanidad, Serv Soc e Igual*. 2014;21–223.
45. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev la Fac Med UNAM [Internet]*. 2013;49(002):7. Available from: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
46. Humanos S. Personas mayores y la Depresión. *Natl Inst Ment Heal [Internet]*. 2014; Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml%5Cnhttp://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml>
47. Vargas T. La noradrenalina y su rol en la depresión. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2013; Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629104.pdf>
48. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Medica Peru*. 2019;36(1):26–31.
49. General C de S. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. *Secr Salud [Internet]*. 2017;1–67. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_gpc_depresión_am/gpc_depresión_adulto_1er_niv.pdf
50. García B. Tratamiento de la depresión en atención primaria. 2012. 182 p.
51. Salud-Chile M de. Depresión en adultos mayores. *Guía clínica AUGE*. 2017;55.
52. Cortajarena García MC, Ron Martin S, Miranda Vicario E, Ruiz de Vergara Eguino A, Azpiazu Gomez PJ, Lopez Aldana J. Antidepresivos en la tercera edad. *Semergen*. 2017;42(7):458–63.
53. Grosso P. La Depresión. *Dep Farmacol Uruguay [Internet]*. 2013; Available from:

http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/Antidepresivos_-_EUTM.pdf

54. Saiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Tratamiento farmacológico de la depresión. *Rev Clínica Española*. 2012;205(5):233–40.
55. Sanitarios. A española de medicamentos y productos. Terapéutico de vortioxetina. Minist Sanidad, Serv Soc E Igual [Internet]. 2018;1(4):1–7. Available from: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-empagliflozina-jardiance.pdf>
56. Alvarado García, Alejandra María; Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2018;25(6):57–62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
57. Melguizo Herrera E, Ayala Medrano S, Grau Coneo M, Merchán Duitama A, Montes Hernández T, Payares Martínez C, et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena—Colombia. *Aquichan* [Internet]. 2015;14(4):537–48. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2792/pdf>
58. Salas Z. C, Garzón D. MO. La noción de calidad de vida y su medición. *concept Qual life Meas* [Internet]. 2017;4(1):36–46. Available from: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/ae85ec5dc7818ff0d69a94827a0bd1ab.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1473636674&Signature=8jBdLt6pnNIQyXDCCjwCLY1k8H4=>
59. Rivas, Aneth; Romero Á. Calidad de vida del adulto mayor. 2017;10. Available from: <file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Mendeley Ltd./Mendeley Desktop/Downloaded/Cristina et al. - 2013 - icbf , 2010-II Q.pdf>
60. Reig A. Adulto mayor. 2018;
61. Quintero A, Editora O. adultos mayores. 2018.
62. Máximo J, Linde M. Dolor , calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados Pain , Quality of Life , and State of Mind related to the Health of Elderly , Hospitalized Patients Dor , qualidade de vida e

estado anímico relacionad. 2013;11(1):43–53.

63. Olivares R, Yisell D, Martínez R, Oquendo B, De L. Calidad de vida en el adulto mayor. Rev Redalyc [Internet]. 2015; Available from: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/2015 calidad.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/2015%20calidad.pdf)
64. Morales. A. Metodología. 2012;(1985):1–14. Available from: <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>
65. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Módulos de valoración Clínica [Internet]. 2015;47–56. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
66. Kurlowicz L, Greenberg SA. La escala de depresión geriátrica. 2017;2. Available from: www.ConsultGeriRN.org.
67. Janssen B. EuroQol-5D User Guide. 2015;(April). Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
68. Ecuador IN de censos del. Mujeres y Hombres [Internet]. Vol. (5)2. 2017. 285–299 p. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000200005
69. Jaspes Faijer, Popolo Fabiana, Zapata Teresa , Ojeda Miguel, Cunningham Mirna, Rivera Tarcila SG. Los pueblos indígenas en America Latina. Nac unidas [Internet]. 2015;1:40–128. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/S1420783_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
70. Aleaga A. Análisis de la situación del adulto mayor en Quito Caso: Hogar de ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017. 2018;32–3. Available from: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf>
71. Salgado N, Bonilla-fern P. Envejecimiento y salud en varones rurales. 2017;(October 2002). Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6625/8203>

72. Velasco M. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Una visión acerca la Leishmaniasis Am y su Comport epidemiológico [Internet]. 2018;37(3):190. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000200005
73. Blanco MG. Calidad de vida relacionada con la salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2018;78(1):1–4.
74. Domínguez ZR, Méndez PRC, Segrera MM, Almaguer DJ, Tamayo DC, González DL. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. Rev del Hosp Psiquiatr la Habana. 2017;12(3).
75. Torrejon Quiroz R. Nivel De Depresión En Adultos Mayores , Asentamiento Humano . 2016;
76. Telles S, Reddy SK, Nagendra HR. Depresión en adultos mayores. J Chem Inf Model [Internet]. 2019;53(9):1689–99. Available from: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23061/1/Tesis Pregrado.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23061/1/Tesis%20Pregrado.pdf)
77. Organización Mundial de la Salud. El Abrazo Mundial Envejecimiento y Ciclo de vida. Commun Pure Appl Math [Internet]. 2016;67(11):1737–842. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf

2. Anexos



Anexo 1. Consentimiento informado

En la presente investigación médica, he sido invitado a participar, y mediante este documento manifiesto mi voluntad de ser partícipe.

La investigación titulada Calidad de Vida y Depresión en los Adultos Mayores del sector rural, parroquia Juan Benigno Vela, realizada por la doctora Andrea Salvador estudiante de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato.

Habiendo sido informado/a, conozco en detalle del propósito y objetivo de la misma, cabe recalcar que la investigación no causa perjuicio alguno hacia mi persona, se me ha explicado, mis preguntas han sido respondidas, mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales, y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado.

Por lo tanto, acepto libre y voluntariamente para participar en el estudio.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 2. Escala de depresión geriátrica Yesavage.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA:

Nombre:.....

Edad:..... Género:.....Estado Civil.....

Dirección:.....Instrucción.....

Grupo Étnico:Ocupación.....

Teléfono:Con quien Vive.....

Cuestionario corto escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**

12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI** / NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI** / **NO**

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI** / NO

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI** / NO

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje de 0 a 5 puntos es indicador de normal

Un puntaje de 6 a 10 puntos parece indicar depresión leve.

Un puntaje de 11 a 15 puntos es casi siempre un indicador de depresión severa.

Anexo 3. Cuestionario EuroQol-5D

Cuestionario EQ-5D

Nombre:.....

Edad:.....Género:.....

Dirección:.....

Grupo Étnico: Estado civil:.....

Teléfono:

Fecha:.....

Marque con una cruz la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

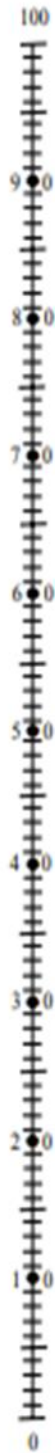
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable



Peor estado
de salud
imaginable