



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO
MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Núñez Cabezas, Verónica Alexandra

Tutor: Dr. Acosta Acosta, Josué

Ambato – Ecuador

Mayo, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA.” de Verónica Alexandra Núñez Cabezas, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2014

EL TUTOR

.....

Dr. Josué Acosta

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA.”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....

Verónica Alexandra Núñez Cabezas

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Marzo del 2014

LA AUTORA

.....
Verónica Alexandra Núñez Cabezas

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA”** de Verónica Alexandra Núñez Cabezas, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2014

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE (A)

.....
1° VOCAL

.....
2° VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a mi familia.

A Dios por ser mi fuente de fortaleza eterna colmando mi alma de paz, amor y comprensión durante las jornadas más grises y los días de sol inigualables, y que con su sabiduría infinita a iluminado cada sendero de mi vida.

A mi familia, mi mayor tesoro, por el tiempo, el amor y el apoyo incondicional que me han brindado, durante ésta larga travesía de mi existencia.

Verónica Núñez

AGRADECIMIENTO

A Dios por mi pasado, mi mañana y mi futuro, por la fortaleza y las bendiciones infinitas recibidas durante todos estos años.

A mi familia por todo el esfuerzo, amor y apoyo incondicional para convertirme en una persona de bien.

A todos mis maestros por su amistad, conocimientos, apoyo y orientación tan valiosos para mi formación académica y crecimiento personal.

Al amor mi fiel compañero de vida, por su paciencia, comprensión, y sacrificio en éste arduo camino, gracias por estar aquí conmigo y en mis recuerdos.

Mi eterna gratitud a todas las personas e instituciones que colaboraron en la realización de esta investigación.

Verónica Núñez

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES

	PAGS.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	VIII
RESUMEN.....	XII
SUMMARY	XIV

B. TEXTO

CAPITULO I.....	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	1
1. 1 TEMA DE INVESTIGACION	1
1.2.1 Contextualización.....	1
1.2.2 Análisis crítico	4
1.2.3 Prognosis	6
1.2.4.- Formulación del problema.....	9
1.2.5 Preguntas directrices	9
1.2.6.- Delimitación del problema.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15

2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	16
2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	18
2.5 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	19
2.6.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	25
2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	25
2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE	40
2.7.- HIPÓTESIS	49
2.8.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLE DE LA HIPÓTESIS.....	49
CAPÍTULO III.....	50
METODOLOGÍA	50
3.1.- Enfoque.....	50
3.2.- Modalidad Básica de la Investigación.....	50
3.3.- Niveles o Tipo de Investigación	50
3.4.- Población y Muestra	51
3.5.- Criterios de inclusión y exclusión.....	51
3.6.- Operacionalización de Variables.	53
3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Bienestar	55
3.7.- Plan de recolección de información.....	61
3.8. Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos.....	61
CAPÍTULO IV.....	62
4. - Análisis e interpretación de resultados	62
4.1 Características sociodemográficas y en salud de la población.....	63
4.1.2 Edad.....	64
4.1.3 Nivel de Educación	65
4.1.4 Distribución del Estado Civil	66
4.1.5 Distribución de la Actividad laboral e Independencia económica.....	67
4.2 Distribución del Estado de Salud	68
4.2.1 Distribución del Apoyo Socio – Familiar percibido	72
4.3 BIENESTAR PSICOLÓGICO	73
4.4 Distribución de la depresión en la población.....	73
4.2 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES	74
4.2.2 Depresión y Actividad Laboral	74

4.2.3 Depresión y Apoyo Socio-Familiar	75
4.2.3 Depresión y el estado de salud auto percibido	75
4.2.4 Depresión y el abuso de sustancias psicotrópicas	76
4.2.5 Depresión y la administración de medicamentos.....	76
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	77
4.2.1 CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LAS SUBESCALAS DE NIVEL DE DEPRESIÓN.	78
CAPÍTULO V	79
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
5.1. Conclusiones	79
5.2 Recomendaciones.....	80
CAPÍTULO VI.....	81
PROPUESTA.....	81
6.1 Datos informativos	81
6.2 Antecedentes de la propuesta	82
6.3. Justificación.....	83
6.4 Objetivos	84
6.4.1. Objetivo General	84
6.4.2. Objetivos Específicos.....	84
6.5 Análisis de factibilidad.....	84
6.6.- Fundamentación Científico Técnica.	88
6.7. Análisis de participación	89
6.8 Modelo Operativo.	90
6.9. Administración de la propuesta.....	92
C. MATERIAL DE REFERENCIA	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	93
LINKOGRAFÍA	96
ANEXOS.....	99

D. ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1: Comparación de los criterios DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor y manifestaciones clínicas frecuentes en la depresión del anciano.....	37
Tabla 2: Depresión en relación con la Independencia Económica	74
Tabla 3: Depresión en relación con la Actividad Laboral.....	74
Tabla 4: Depresión en relación con el Apoyo Socio-Familiar.....	75
Tabla 5: Depresión en relación con el estado de salud auto percibido	75
Tabla 6: Depresión en relación con el estado de salud auto percibido	76
Tabla 7: Depresión en relación con la administración de medicamentos	76
Tabla 8: Depresión en Relación con el bienestar	77
Tabla 9: Correlación entre la depresión y los diferentes niveles del bienestar	78

E. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución del sexo en la población.....	63
Gráfico 2: Distribución del sexo en la población.....	64
Gráfico 3: Distribución del nivel de educación en la población	65
Gráfico 4: Distribución del estado civil.	66
Gráfico 5: Distribución de la actividad laboral.	67
Gráfico 6: Distribución de la independencia económica.	67
Gráfico 7: Distribución de la Autopercepción de la Salud.	68
Gráfico 8: Distribución de la Presencia de enfermedades crónicas.	69
Gráfico 9: Distribución del Consumo de Medicamentos.	70
Gráfico 10: Distribución del Abuso de sustancias psicotrópicas.	71
Gráfico 11: Distribución del Apoyo Socio – Familiar percibido.....	72
Gráfico 12: Distribución del Nivel de bienestar psicológico en la población.....	73
Gráfico 13: Distribución de la depresión en la población.....	73

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA: “EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA”

Autor: Núñez Cabezas, Verónica Alexandra

Tutor: Dr. Acosta Acosta, Josué

Fecha: Marzo del 2014

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó un estudio para determinar el impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, Provincia de Tungurahua. Consecuentemente se describen características del objeto de estudio, la incidencia que tienen las mismas en el desarrollo de la depresión y el bienestar de los adultos mayores. La información se recolectó mediante la aplicación de un formulario de datos sociodemográficos y estado de salud; la escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage y la escala de bienestar de Ryff. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 17. Se realizó un estudio descriptivo, transversal con trabajo de campo y tabulación de las técnicas aplicadas. La mayor prevalencia de encuestados que participó se encontró en el rango 65 a 75 años, con un nivel educativo predominante de educación primaria. La aplicación de la escala de Yesavage diagnosticó depresión en un 66,67% de la población encuestada, que a su vez refirió un estado de salud regular en la mayoría de los casos. El nivel de

bienestar determinado a través de la escala de Ryff se presentó bajo en un 52,22% de la muestra, que guarda relación con el porcentaje predominante de adultos mayores con depresión participantes. Para conocer la existencia de relación entre depresión y bienestar se realizó un análisis de correlación bivariada a través de la prueba “r” de Pearson. Se propone la elaboración de un programa de educación continua dirigido a adultos mayores, a cargo del personal médico y equipo de apoyo dentro de un enfoque multidisciplinario, para prevenir y disminuir la depresión y su impacto en el bienestar del adulto mayor, con el fin de sensibilizar e involucrar a este grupo etario, sus familias o personal a cargo de su cuidado.

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, BIENESTAR, ENVEJECIMIENTO, ADULTO_MAYOR.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER.

**TOPIC: "THE IMPACT OF DEPRESSION IN ELDERLY WELFARE IN
HEALTH CENTER OF JUAN BENIGNO VELA ".**

Author: Núñez Cabezas, Verónica Alexandra

Tutor: Dr. Acosta Acosta, Josué

Date: March, 2014

SUMMARY

In the present work was performed a study to determine the impact of depression on the well-being of older adults in the Health Center of Juan Benigno Vela, Tungurahua Province. Consequently describes the characteristics of the object of study, the incidence that it have in the development of depression and well-being of older adults. The information was collected by the application of a form of sociodemographic data and health state; the Geriatric Depression Scale of Sheikh and Yesavage and Ryff welfare scale. Data were analyzed with SPSS software, version 17. Was performed a descriptive, cross-sectional study with fieldwork and tabulation of the techniques applied. The highest prevalence of respondents who participated was found in the range of 65 to 75 years, with a predominant educational level of primary education. The application of Yesavage diagnosed depression in 66.67 % of the surveyed population, which in turn reported a regular health status in most cases. The well-being level determined by the Ryff scale was low on a 52.22 % of the sample, which is related to the predominant percentage of

older adults participants with depression. For know the existence of relationship between depression and well-being was made an analysis of correlation bivariate through Pearson testing "r". It proposes the development of a continuing education program aimed at older adults, by the medical staff and support team within a multidisciplinary approach to prevent and reduce depression and its impact on the welfare of the elderly, in order to sensitize and engage this age group, their families or staff in charge of their care.

KEYWORDS: DEPRESSION, WELFARE, AGING, ELDERLY.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento consiste en un proceso natural que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, manifestada generalmente en enfermedades físicas y mentales con repercusión en la persona, la familia y la comunidad.

Actualmente la depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes en adultos mayores, y responsable de una altísima morbimortalidad asociada a otros procesos patológicos, que merman el estado físico, psíquico, y funcional del individuo.

La presencia de enfermedades ligada a una serie de condiciones sociales que se experimentan en el envejecimiento, implican un factor agravante en el mantenimiento y desenlace futuro del estado de salud, así como en el desenvolvimiento social y funcional del individuo, por lo tanto en su rol activo dentro de la sociedad con incidencia directa en el bienestar del individuo y su calidad de vida.

En el Centro de Salud de Juan Benigno Vela existe un gran número de adultos mayores con depresión, por lo tanto es necesario considerar que la comunidad se convierte en el marco idóneo para detectar y tratar a estos pacientes, considerando su entorno, características y padecimientos, y el impacto que genera ésta patología en el bienestar de quienes lo padecen.

La situación actual que vive este grupo etario implica un reto para la sociedad con el objetivo de ofrecer una vejez digna, tranquila y saludable, lograda a través de la provisión de servicios de atención integral, prioritaria y con calidad en salud.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1. 1 TEMA DE INVESTIGACION

“EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA.”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

La disminución de las tasas de fecundidad y la mayor esperanza de vida están alterando el panorama a nivel mundial, la población anciana sigue creciendo vertiginosamente en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total.¹

En la medida en que los adultos entran en la vejez se enfrentan a una serie de tareas del desarrollo: mantenerse físicamente sanos, contar con un ingreso adecuado para ser capaces de mantener su propio hogar, afrontar la pérdida de prestigio y estatus que se obtiene por medio de la ocupación, y el ajuste en los roles familiares, el nido vacío, convertirse en abuelos, la jubilación, separación, divorcio, viudez, volverse dependiente de los hijos, entre otras, que pueden favorecer la ocurrencia de enfermedades que van a repercutir en mayor o menor medida sobre la salud mental, capacidades funcionales y desempeño del individuo.¹

¹ Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2007;68(3)

La Organización Mundial de la Salud en 1996 afirmó que "los problemas mentales serían la plaga del siglo XXI", considerando que un problema de salud a nivel mundial, no serían las infecciones, las enfermedades cardiovasculares ni el cáncer, sino las enfermedades mentales, con la depresión a la cabeza, destacando que sería la segunda causa de discapacidad en el plazo de 20 años.²

Actualmente el 20% de personas de edad avanzada tiene síntomas depresivos, pero el diagnóstico de identificación sólo se hace en torno al 5% de los casos, la prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12% en la mayor parte de los países. La falta de criterios diagnósticos de despistaje hace difícil comparar tasas de depresión entre las naciones; además, las diferencias culturales y los diferentes factores de riesgo afectan la expresión de este trastorno.³

El estudio Depression Research in European Society muestra una prevalencia de depresión mayor del 5,4% en pacientes con edades comprendidas entre los 65 a 74 años y del 9,7% en mayores de 75 años; incrementándose al 20% en individuos institucionalizados y en coexistencia con otras afecciones como enfermedades cardiovasculares, tumores, etc.⁴

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos mayores que al 2010 representaban el 7% de la población del Ecuador, en el 2015 alcanzarán el 12.6% y al 2050 representarán el 18% de la población.⁵

² Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad. 2004.

³ Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. 2013.

⁴ Lépine, J.P, Gastpar, M., Mendlewicz, J, Tylee. A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psychopharmacology, Vol 12 (1), Jan 1997, 19-29.

⁵ Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para adultos mayores, 2ª ed. Ecuador; 2013.

La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en el año 2009 determinó que la proporción de personas adultas mayores fue de 1'156.117, encontrando, además que según el grado de depresión el porcentaje en mujeres fue del 40.3% y del 30.3% en hombres para depresión leve a moderada, y del 4.3% en mujeres y 2.5% en hombres para depresión severa.⁶

Al considerar que la condición o situación de vida resulta un factor importante, que interviene en la percepción del proceso de envejecimiento, y en el influjo depresógeno, donde la apreciación que el sujeto tiene de su realidad es fundamental para su bienestar; por ello, algunos estudios que han percibido la necesidad de un componente cualitativo como complemento para determinar la salud y bienestar del adulto mayor han reportado que una población sustancial de adultos mayores en el Ecuador viven en condiciones alarmantes de vulnerabilidad; donde aproximadamente el 22.8% de los adultos mayores reportan vivir en condiciones sociales buenas, mientras que solo el 6.5% de los adultos mayores indígenas dicen lo mismo. Al otro extremo, mientras 23.4% de los adultos mayores ecuatorianos viven en condiciones sociales de indigencia, el 53.2% de los adultos mayores indígenas son indigentes, lo que quiere decir que aproximadamente 62.000 adultos mayores indígenas viven en condiciones sociales de indigencia, en lo que respecta a la educación, es notorio el bajo nivel educativo, siendo la media de 5.2 años, además se ha evidenciado que las mujeres se encuentran en condiciones de desventaja relativa con respecto a los hombres en cuanto a la escolaridad; considerando estos indicadores se podría decir que en estas condiciones el riesgo de sufrir depresión es mayor.⁷

La provincia de Tungurahua presenta un índice de envejecimiento del 29,8%, uno de los más altos a nivel nacional, donde dentro de la pluralidad étnica resalta la indígena, en la que ésta patología ha permanecido infradetectada, infradiagnosticada y por tanto

⁶ Albala C, Lebrão ML, León EM, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005;17(5/6):307-22.

⁷ Waters W, Gallegos C. Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena. Ecuador; 2012.

escasamente tratada, debido a que la población no reconoce el problema de salud en su verdadera dimensión, ya que el estigma de las enfermedades mentales, propicia a que las personas sean aún más reacias en este tema.⁸

En la Parroquia Juan Benigno Vela la población de adultos mayores presenta una gran incidencia de pobreza, inequidad social, escaso desarrollo educacional y baja cobertura de la seguridad social, a esto se suma las inequidades de género y étnicas, por tanto esta comunidad representa el marco idóneo para detectar y tratar a estos pacientes, ya que al conocer sus características y padecimientos, podremos intervenir de manera efectiva y definir verdaderas estrategias de salud orientadas a prevenir y tratar esta patología, mejorando su bienestar y por tanto su calidad de vida.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la atención primaria en salud y la sociedad, el de brindar una vida con calidad, mejorando el bienestar físico y emocional del individuo.⁹

La salud mental y el bienestar tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida, ya que el bienestar se considera un marcador de la calidad de vida por tanto la principal base del envejecimiento con éxito.

1.2.2 Análisis crítico

El desarrollo y la vida del ser humano se desenvuelven a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Las etapas del desarrollo humano

⁸ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Análisis. Revista Coyuntural. 5ª ed. Ecuador; 2012.

⁹ Organización Mundial de la Salud. [base de datos en internet]. Envejecimiento-[citado 15 Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

corresponden al ciclo de vida, comprendido desde la concepción hasta la muerte, en la que se encuentra finalmente la adultez mayor.^{5,10}

El envejecimiento es un proceso multidimensional que incide en la persona, la familia y la comunidad, en el que se generan cambios en el cuerpo humano asociados a una disminución de la actividad metabólica que conllevan una afectación en la vitalidad orgánica, el individuo siente una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la visión, pérdida de la audición y otros cambios físicos aumentando su vulnerabilidad a presentar enfermedades, que limitan aún más su funcionalidad, por tanto su independencia, además presiones externas como pérdidas familiares (duelo, migración), y cambios socio-económicos ocasionan emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.⁵

Además se observa cierto grado de discriminación con respecto a las actividades sociales y laborales, por los cambios descritos con anterioridad; el adulto mayor pierde su papel activo y de sostén económico en el núcleo familiar experimentando aislamiento involuntario, rechazo y abandono. A pesar de estas premisas, la sociedad no provee mayores recursos y oportunidades para que el adulto mayor desempeñe un rol significativo, es cuando se produce un desajuste que los afecta negativamente.

La teoría psicodinámica propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento, los adultos mayores deprimidos pueden malinterpretar muchos de los eventos que ocurren en el transcurso de la vida, ésta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y personalización de las situaciones adversas.¹¹

¹⁰ Polo M. [base de datos en internet]. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano-[citado 29 Noviembre 2013] Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina02/Tema8.html

¹¹ Aguilar S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta Médica de México Vol. 143 No. 2; 2007.

Si bien envejecer es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe formar parte de ella. La identificación de este tipo de patología y el efecto que ejerce en el bienestar del adulto mayor nos permitirá identificar puntos de intervención acorde a sus necesidades, disminuir comorbilidades e implementar acciones integrales en la atención primaria de salud, de forma que se asegure optimizar un tratamiento y seguimiento considerando de manera global la situación del individuo en relación al medio que le rodea. Los investigadores están de acuerdo en que el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento oportuno pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y físicas de la depresión.⁵

Una vejez positiva solamente puede lograrse a través de la salud tanto física como mental enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar personal, que ofrezca posibilidades de una vida digna, tranquila y saludable.¹²

1.2.3 Prognosis

El rápido envejecimiento poblacional en medio de una sociedad que ha practicado la marginación social durante siglos, que los ha considerado una carga social y económica para quienes los rodean, que no brinda mayores herramientas que permitan su adaptación, llevarán a que el individuo sufra un deterioro emocional, y genere un sentimiento de infravaloración que aumenta el riesgo de desarrollar depresión.¹³

Sentimientos de inutilidad, desesperanza, ansiedad, abatimiento, falta de interés en realizar actividades, y aislamiento progresivo de la comunidad, pueden quitar todo sentido de existencia y llevar en un momento de desesperación a cometer un suicidio,

¹² Carmona S. Envejecimiento Activo: la clave para vivir más y mejor. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.

¹³ Rivera A, Montero M. Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. Salud Mental Vol. 31, No. 6, 2008; 31:461-468.

siendo mucho mayor en personas con discapacidades o que están confinadas a hogares de ancianos que no encuentra apoyo social en su ambiente. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad se elevará, más aún en pacientes deprimidos con patologías médicas concomitantes.¹³

La depresión si no es detectada a tiempo generará trastornos alimenticios que acaban resultando en obesidad o pérdida considerable del apetito y peso, reduciendo los niveles de energía, ocasionando a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica e inhibiendo la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. Además el insomnio o hipersomnias, y pérdida de memoria, síntomas preponderantes de la enfermedad, prolongan el tiempo de reacción ante cualquier actividad, aumentando los riesgos asociados con cocinar, conducir, y otras tareas que requieren una atención completa.

Existe asociación significativa con enfermedades como: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis; y mala autopercepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario.¹¹

Las consecuencias psicológicas y sociales son diversas, ya que el ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada.

Se ha demostrado que los adultos mayores deprimidos o con síntomas depresivos, tanto las personas de la comunidad como los ancianos frágiles tienen mayor discapacidad física y social, similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades

crónicas, que conlleva a la acumulación de eventos negativos en la vida, la disminución en las actividades sociales y de ocio así como al aislamiento.

La depresión está asociada a la definición de fragilidad propuesta por Fried y colaboradores, la cual define la fragilidad como un síndrome biológico, producto de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés que, además, incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de eventos negativos como son la progresión de una enfermedad, las caídas, la discapacidad o la muerte prematura.¹¹

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez, si esta patología se mantiene como un problema sin identificación o infradiagnosticado por tanto sin tratamiento, generará sufrimiento innecesario para el anciano y su familia, afectando su bienestar y el de su familia.

Las agresiones experimentadas por el adulto mayor deprimido provocarán una caída en espiral del estado general del individuo hacia un círculo vicioso del cual, es difícil salir y lograr su restablecimiento y el regreso a su estado de salud anterior. Estudios con un seguimiento a cinco años han mostrado que el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos.¹¹

Actualmente la depresión se ha convertido en un importante problema de salud pública, su impacto está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida, siendo la responsable no sólo de un importante sufrimiento para el paciente al mermar su estado físico, psíquico, y funcional, sino para su entorno, que incrementa la prevalencia y mala evolución de otras patologías médicas elevando la tasa de morbilidad y mortalidad, y secundariamente, multiplicando la necesidad de visitas médicas ambulatorias con un claro impacto en el consumo de recursos sanitarios, bienestar personal y calidad de vida de este grupo poblacional y la sociedad. Si no se realizan importantes esfuerzos hacia su detección y análisis para

conocer sus causas, asociaciones, e impacto en el bienestar de las personas que la sufren, no se logrará brindar o establecer un tratamiento médico oportuno.^{9,14}

1.2.4.- Formulación del problema

¿Cuál es el impacto de la Depresión en el Bienestar de Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, durante el periodo Septiembre 2013 – Abril 2014?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y del estado de salud del grupo de estudio?
- ¿Cómo se encuentra el bienestar en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de la Parroquia de Juan Benigno Vela?
- ¿Cuál es la incidencia de depresión en el grupo de estudio?
- ¿Cómo elaborar un programa de educación continua para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión dirigida a adultos mayores, sus familias y personal a cargo del cuidado?

1.2.6.- Delimitación del problema

Delimitación de contenido

Campo	Salud Adulto Mayor
Área	Psiquiatría
Aspecto	Depresión y Bienestar en el Adulto Mayor

¹⁴ Moreno E, Mariana J. El tratamiento de los Problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Mental Vol. 35, No. 4,2012; 35:315-328.

Delimitación espacial:

El presente estudio se realizará en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Juan Benigno Vela, en el Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua.

Delimitación temporal:

La investigación se llevará a cabo durante el período Septiembre 2013-Abril 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La población geriátrica constituye un grupo etario vulnerable y prioritario de atención, al considerar el rápido crecimiento poblacional, y la vulnerabilidad física, emocional y social, que les llevan a presentar enfermedades crónicas y degenerativas, asociadas a estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivas.¹²

En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no existe una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad, los eventos a los que está expuesto un individuo a lo largo de su vida como la pérdida de seres queridos, rechazo familiar y social, jubilación, entre otros, generan miedo, preocupación y una fuente continua de estrés con la consiguiente asociación de diversas enfermedades mentales como la depresión, en coexistencia con otras patologías que inciden directamente en el bienestar integral del individuo. Por lo tanto, la depresión en esta etapa de la vida adquiere una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles, implicando un factor agravante en el mantenimiento y desenlace futuro del estado de salud físico y mental, así como en el desenvolvimiento social y funcional del individuo, fenómeno significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto.¹⁵

¹⁵ Becerra M. [base de datos en internet]. Depresión en el Adulto Mayor. -[citado 1 Noviembre 2013]
Disponible en:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf

Se sabe que de los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio depresivo durante el transcurso de sus vidas; estos datos exigen una demanda real de atención para conocer la situación actual de salud que vive la población geriátrica, para tomar medidas adecuadas que garanticen una atención integral de salud respaldada por datos epidemiológicos, ya que al identificar ésta patología y el medio en el que se desarrolla, se podrán analizar medidas de acción e intervención a nivel comunitario, considerando las necesidades y recursos disponibles en el Área de Atención Primaria de Salud, que mejoren la condición global del individuo, al disminuir sus comorbilidades con el fin de lograr una vida digna con independencia, participación, cuidados, y autorrealización.¹⁶

El modelo de atención geriátrica de carácter asilar mantenido por siglos, representado por una visión negativa y negadora de la vejez, no ha logrado beneficios en este grupo etario. El desinterés de un sistema que no ve a los mayores como un organismo útil, plantea la necesidad de generar un cambio del paradigma desde una intervención biomédica geriátrica al de intervención gerontológica integral considerando una perspectiva multidimensional que permita comprender los cambios y necesidades del individuo en los aspectos biológico, médico, psicológico y social, motivando a profesionales y personas asociadas al trabajo con adultos mayores, para mejorar y mantener un óptimo estado de salud biopsicosocial y espiritual, potenciando la vinculación familiar, la participación ocupacional y social, el manejo ambiental, y la conexión con redes comunitarias de apoyo.

¹⁶ Nance D. Depresión en el Adulto Mayor. Una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátrica, 2010; pp. 239-248.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el impacto que ejerce la Depresión en el Bienestar de Adultos Mayores atendidos en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas y del estado de salud del grupo de estudio.
- Analizar el grado de bienestar mediante la escala de Ryff en Adultos Mayores que acuden al Centro de Salud de la Parroquia de Juan Benigno Vela.
- Determinar la incidencia de depresión en el adulto mayor mediante la Escala Geriátrica de Yesavage en usuarios del Centro de Salud de la Parroquia de Juan Benigno Vela.
- Elaborar un programa de educación continua para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión dirigida a adultos mayores, sus familias y personal a cargo del cuidado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En el estudio realizado por CHING Yi Yan en el año 2012 se demostró que los médicos a menudo no detectan los casos de depresión, alrededor del 8% de los sujetos se identifican con depresión mayor, pero sólo el 11% de ellos fueron diagnosticados con desórdenes del humor. Incluso si son reconocidos y diagnosticados, la tasa de prescripción de antidepresivos es baja, con sólo alrededor del 7% de los enfermos de depresión siendo prescritos antidepresivos.¹⁷

Las disparidades sociales se muestran en diferente prevalencia de la depresión y la disponibilidad de atención de la salud entre los grupos raciales y étnicos, así como el estatus socioeconómico. En los EE.UU., algunos trastornos mentales y enfermedades médicas son desproporcionadamente mayores en los grupos de minorías de bajos ingresos.

La diferencia de género, apoyo social, relaciones sociales y el nivel socioeconómico mostraron una alta correlación con la depresión tanto en Oriente como en Occidente. Así pues el difícil acceso y la utilización de servicios de salud mental por los ancianos están determinados por las desigualdades sociales.

El estudio muestra la asociación entre los síntomas depresivos y enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cáncer, etc.

¹⁷ Ching, Yi-yan. Depression of older adults: a literature review of Challenges. [tesis doctoral Hong Kong. 2012.

Mediante la investigación se pudo evidenciar que la depresión trae consigo una carga pesada de enfermedades altamente asociadas con la morbimortalidad en este grupo etario. La depresión se reportó en un 17 a 37% en atención primaria, mientras que alrededor de un 3% en la comunidad.¹⁷

El objetivo de la investigadora Carmona Sandra en el año 2009 radicó en analizar el bienestar de los adultos mayores y los factores que contribuyen a predecir y mantener al mismo.¹²

Los resultados indican una relación predictiva significativa de las interacciones sociales, la escolaridad, la autonomía y la salud con la evaluación positiva de sentirse satisfecho en el momento presente, la satisfacción con la vida, el estado de ánimo alegre, entusiasta y positivo; la percepción del tiempo, la percepción de tener felicidad y de haber sido feliz a lo largo de la vida. El estrato socioeconómico, el género, el estado civil y la edad parecieron no contribuir significativamente al bienestar personal en el adulto mayor.

Esta información demuestra que el bienestar en la vejez se deriva de diversos factores biológicos, sociales y personales en su construcción. Asimismo, resalta la importancia de la vida en la sociedad como una forma de mantener y disfrutar el bienestar en la vejez.¹²

En el estudio realizado por Sergio Sánchez et al. en el año 2013 se exploraron las condiciones del estado de salud y bienestar en adultos mayores, encontrándose una mayor proporción de mujeres usuarias de los servicios de salud en relación con los hombres, la presencia de síntomas depresivos encontró depresión moderada en un 25.2% y depresión severa en un 4.7%, se relacionó el trabajo remunerado como un

indicador indirecto de una mejor calidad de vida y bienestar.¹⁸

Cabe mencionar que a partir de los resultados de este estudio se han analizado variables extrapolables a la atención a los adultos mayores en dos estrategias de primer nivel, pero estos resultados deben ser considerados desde la óptica de los beneficios indirectos que tienen los servicios sin ser necesariamente su objetivo primario.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación está basada en el paradigma Crítico-Propositivo.

CRÍTICO: ya que al analizar los datos recolectados por el investigador, se pueden identificar y cuestionar características de la población en estudio que los vuelvan vulnerables frente al desarrollo de un posible cuadro depresivo, y que afecten su bienestar por tanto su calidad de vida, mediante esta valoración podremos, estimar sus necesidades y un modo de superarlas.

PROPOSITIVO: Porque además de identificar la existencia de un problema real y actual, plantea promover estrategias de afrontamiento y áreas de acción con el objetivo de disminuir y prevenir su desarrollo, sentando bases que potencien un cambio en la atención médica comunitaria para mejorar la salud y por tanto el bienestar del adulto mayor.

¹⁸ Sánchez S, et. Al. Estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS del suroeste de la Ciudad de México. Revista de Investigación Clínica, Vol. 65, Núm. 2, 2013; pp 165-173

2.3. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

Al conceptualizar la definición de valor como componente de la conciencia moral y guía del comportamiento humano, que forma parte de la realidad, como cualidad potencial e imprescindible del ser humano. Es importante considerar que el sistema de valores se construye diariamente a partir de múltiples condiciones objetivas, materiales y espirituales, como resultado de la actividad y vivencias que el sujeto experimenta dentro de la sociedad.¹⁹

Entonces conociendo que el ser humano tiene una orientación natural hacia la vida en sociedad, donde el bien de cada persona está relacionado con el bien común; y donde los valores adquiridos según las necesidades, vivencias, el nivel de formación y la calidad de las relaciones se integran, siendo el componente esencial para cultivar las actuaciones positivas entre las personas, con implicaciones en el crecimiento y desarrollo humano. Sin embargo los valores que la sociedad transmite sobre la vejez, son en su mayoría negativos llenos de prejuicios, estereotipos y discriminaciones.

Adicionalmente la cultura actual enfrenta la proliferación de antivalores en los jóvenes, donde el irrespeto a los ancianos, la insensibilidad ante sus necesidades, la falta de interés por las tradiciones, costumbres y normas de vida de sus generaciones pasadas se mantiene, demostrada por la incongruencia entre el discurso verbal de lo correcto y el comportamiento que asume en la familia y la comunidad, viéndonos en la necesidad de promover una educación en valores éticos, morales y sociales, que nutran el desarrollo del ser humano fundamentado en la cortesía, el amor, la caballerosidad, la honestidad, la civilidad, la cordialidad, la delicadeza, la modestia, la sencillez, la ternura, la solidaridad, la dignidad, la amistad, la generosidad, el respeto, la cooperación y la solidaridad, teniendo como plataforma la responsabilidad, la ayuda mutua y la protección al necesitado, que servirán de base para el bienestar de

¹⁹ Expósito O. Estrategia de Participación con Enfoque axiológico para el Adulto Mayor en la Comunidad. [Tesis Doctoral] Holguín: Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya”; 2009.

la población de adultos mayores, al garantizar la convivencia y fomentar la participación de las personas. Para ello el proceso de envejecimiento de la población requiere de la incorporación de un componente axiológico para preparar a todas las generaciones para una adecuada convivencia intergeneracional donde el adulto mayor, sea activo en diversas esferas y se utilicen sus experiencias y conocimientos, ya que su sabiduría y experiencia resulta un verdadero vínculo vital para el desarrollo de la sociedad.

Indiscutiblemente dentro de la sociedad actual es necesario fortalecer una cultura para el envejecimiento, que valore la vida y el papel del adulto mayor en la familia, la comunidad y la sociedad, modificando estereotipos basados en un modelo simplista que favorece poco la autoestima del anciano, imaginando el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia, subestimando el rol del adulto mayor como una fuerza social, considerable por los valores, la memoria histórica y conocimientos que transmiten en beneficio de la colectividad; lo que constituye un desafío, el de potenciar las vías de fortalecimiento de valores y sus contenidos, manteniendo al adulto mayor en el marco de la familia, y sociedad en base al respeto, la tolerancia y el apoyo, que contribuya a un nivel de vida digno, y con participación activa.¹⁹

Ésta investigación observa a la ancianidad como la cadena transmisora de la cultura que permite a través de su estudio contribuir en la búsqueda del conocimiento considerando la expresión humana y el medio en el que se desarrolla, sus inequidades sociales, de género, y culturales, para generar un juicio valorativo, con el compromiso de generar un cambio considerando el contexto socio-cultural en el que se desarrolla el problema, respetando valores morales, éticos y políticos de todos quienes conforman la población de estudio afianzando, transmitiendo y promoviendo valores que favorezcan la convivencia intergeneracional de los adultos mayores en la familia, la comunidad y la sociedad en general.

2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

La depresión puede ser vista desde diferentes ángulos según los modelos psicológicos como un trastorno, un tipo de personalidad, una manera de interpretar el mundo, una secuencia de acciones reforzadas o una resultante de un sistema de fuerzas en interacción, en el cual la persona aplica un sesgo negativo sobre sí mismo y su entorno, resaltando sus aspectos negativos sin percibir aquellos de carácter positivo.

Considerando que la personalidad se genera a partir de la información o la experiencia que recibe el sujeto de su entorno, y la forma de interpretarla influye en el comportamiento y adaptación al mismo. Entenderemos que las creencias irracionales, los pensamientos negativos, los estereotipos y prejuicios que experimenta, repercuten en un inadecuado afrontamiento al estrés y a las demandas de la vida. Por tanto es necesario visualizar la perspectiva que ofrece el enfoque cognitivo-conductual sobre cómo surge y se desarrolla la conducta humana. Estimando que las concepciones distorsionadas que la persona mantiene a nivel cognoscitivo, intervienen en la génesis de la depresión, ya que un mismo problema o realidad puede ser interpretada de manera diferente según la percepción del sujeto.²⁰

Ésta investigación se enfoca en el paradigma cognitivo-conductual debido a que se busca a través de la identificación y educación cambiar aquellas estructuras cognitivas negativas que experimenta el adulto mayor a lo largo de su vida, y que repercuten en su estado actual, con el objetivo de encaminar una intervención acorde su situación personal, al mismo tiempo, modificando su comportamiento de forma positiva al enseñarle a manejar sus emociones y pensamientos, a través de distintos tipos de actividades, desarrollando su autoestima, lo que le permitirá afrontar situaciones que inevitablemente deberá experimentar durante el envejecimiento, y que a su vez evitarán el desarrollo o cronificación de enfermedades como la

²⁰ Cabrales J. El Abordaje de la Depresión desde distintos Marcos Conceptuales Psicológicos. México:2006

depresión, mejorando la adherencia al tratamiento, y su recuperación. Al mismo tiempo contribuiremos de manera global en su bienestar y calidad de vida, al vivir esta nueva etapa como un período de crecimiento.²⁰

Este enfoque psicológico además ofrece un apoyo al manejo clínico con ventajas económicas y psicosociales dentro de la Atención primaria de Salud, considerando que en ocasiones el trastorno depresivo está complicado por otras condiciones médicas, abuso de alcohol o drogas, y pérdidas familiares o laborales, que al ser consideradas y manejadas nos permiten brindar una atención sanitaria menos medicalizada y más humanizada ajustada a las necesidades del adulto mayor.

2.5 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la constitución de La República del Ecuador expedida en el año 2008, que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades, reconociendo a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria.²¹

TÍTULO II DERECHOS

Capítulo primero

Principios de aplicación de los derechos

Art. 1.- El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

²¹ • Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador; 2008

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección primera

Adultas y adultos mayores

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. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.

3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para

que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Capítulo sexto
Derechos de libertad

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

- 1 El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

- 2 El derecho a la integridad personal, que incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual.

Título VII
RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero

Inclusión y equidad

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

Art. 363.- El Estado será responsable de:

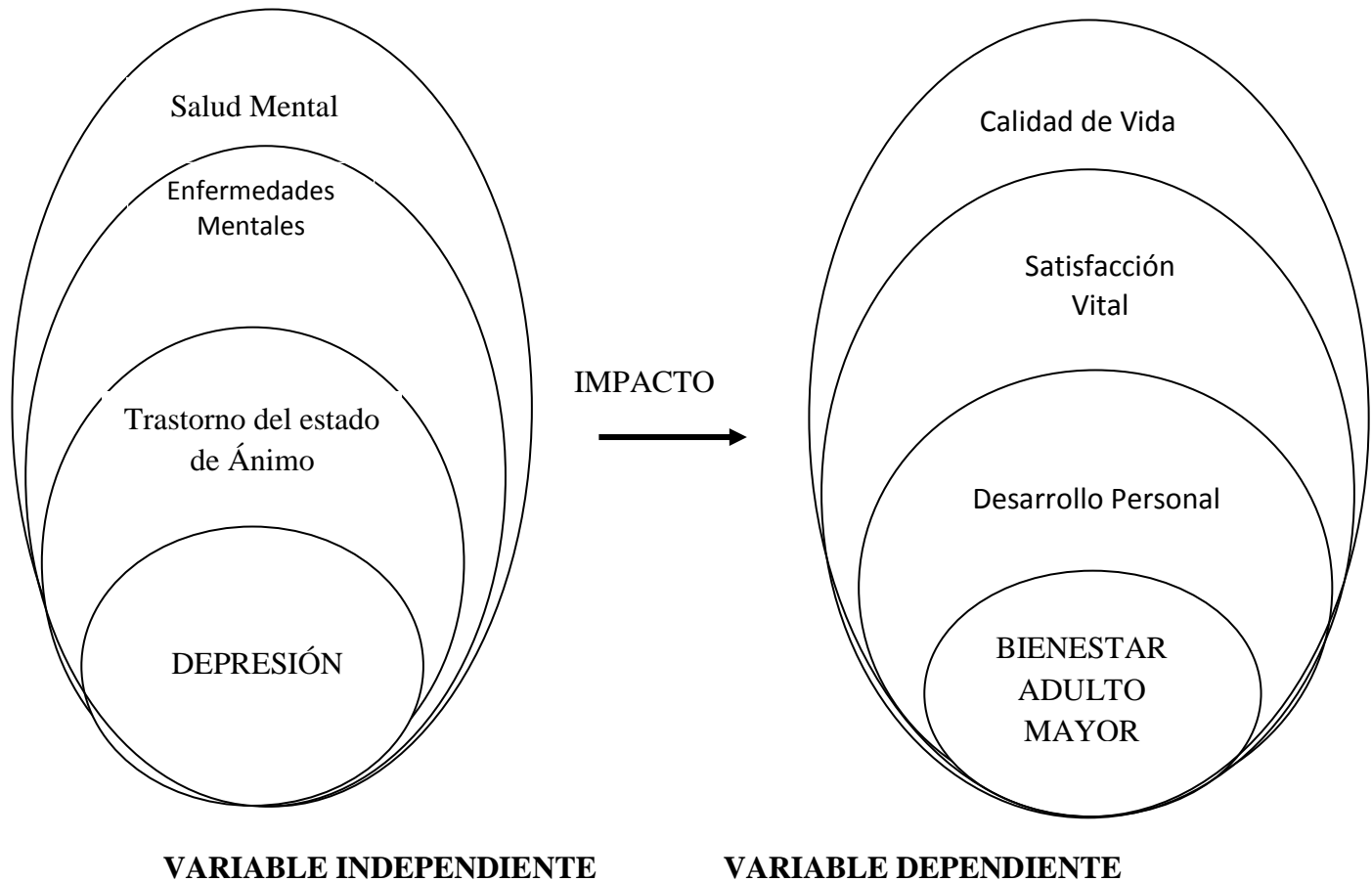
1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Art. 369.- El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley.

El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado.

2.6.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación.²²

²² American Psychiatric Association. Depression 2014-[acceso 11 de Enero 2014] Disponible en: <http://www.psychiatry.org/depression>

La depresión es un estado de ánimo triste, en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma.²³

ETIOLOGÍA

La depresión puede afectar a cualquier persona, incluso una persona que parece vivir en circunstancias relativamente ideales. Sin embargo, varios factores (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) condicionan los trastornos anímicos, siendo los de mayor relevancia los factores de carácter psicosocial y somático en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia.²⁴

Los principales factores precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas.²⁵

²³ Aguera L, Francés I, Gayoso M, et al. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica. Depresión y Ansiedad. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 1a ed; 2004.

²⁴ Navas W. Depresión, el Trastorno Geriátrico más frecuente en la Vejez, Revista Médica de Costa Rica Y Centroamerica LXX (607) 495 – 501; 2013.

²⁵ Gómez A. La Depresión en el Anciano. Clínica y Tratamiento, Vol 26 núm 9; 2007.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Existe una clínica depresiva común: tristeza, apatía, indiferencia, anestesia afectiva, pensamiento negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, déficit de concentración, abandono personal, hipotonía general, aislamiento, llanto frecuente, intentos de suicidio, alteraciones del sueño, trastornos digestivos, algias, disfunciones sexuales. Suele ir asociado a alteraciones de la concentración, atención y de la memoria que mejoran cuando mejora la sintomatología depresiva.^{24,26}

Si bien el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano normalmente expresa su malestar como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente el estado anímico sea obligatoriamente vivenciado como la mencionada tristeza.

La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión.

Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.).

Otros síntomas característicos son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora y se hace autorreproches.²⁶

Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito:

- La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio, siendo el denominado insomnio tardío, caracterizado por un despertar temprano, la variedad más típica y frecuente en los casos graves.

- La depresión se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una proporcionalidad entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de la sintomatología del cuadro depresivo.²⁴

Finalmente, conviene destacar el alto riesgo de suicidio detectado en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad.

Factores que se asocian con un alto riesgo suicida son: ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo asociado, sentimiento de culpa, historia de anteriores intentos suicidas y presencia de anestesia afectiva.

Cuanto más graves son los síntomas se produce mayor afectación del componente emocional y afectivo que del funcional. (Ver tabla 1)

Tiene que ser muy intensa para afectar al funcionamiento laboral del paciente. Si las recaídas son frecuentes, será determinante a largo plazo para limitar la capacidad laboral.

Tabla 1: Comparación de los criterios DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor y manifestaciones clínicas frecuentes en la depresión del anciano.

DSM-IV	PRESENTACIÓN FRECUENTE EN ANCIANOS
<p>Cinco o más de los síntomas siguientes deben estar presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ánimo depresivo. ● Pérdida del interés o de la capacidad para el placer. ● Pérdida o aumento de peso. ● Insomnio o hipersomnía. ● Agitación o enlentecimiento psicomotores. ● Fatiga o pérdida de energía. ● Sentimientos de inutilidad o de culpa. ● Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión. ● Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, planes o tentativas de suicidio. 	<p>Los síntomas siguientes pueden aparecer con mayor frecuencia en ancianos, llegando a dominar el cuadro clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad con aumento de discusiones. ● Síntomas somáticos, por ejemplo, dolor. ● Deterioro cognitivo. ● Disminución de la iniciativa y capacidad de resolución de problemas. ● Deterioro del cuidado personal. ● Abuso de alcohol u otras sustancias. ● Culpa excesiva. ● Síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones). ● Obsesiones y compulsiones u otros síntomas neuróticos. ● Trastornos del comportamiento. ● Agitación o retardo psicomotor. ● Ansiedad, preocupaciones excesivas. ● Acentuación de rasgos anómalos de personalidad.

Fuente: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Depresión y Ansiedad. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. 2004

Dimensiones de la Depresión

El conjunto de la sintomatología depresiva, para hacer notar su diversidad y multiplicidad, se distribuye en cuatro dimensiones, cada una de las cuales corresponde al hundimiento de un vector o función de la vitalidad.²⁶

- Humor Depresivo: estado de ánimo impregnado de pesimismo alimentada por la desesperanza con un halo de tristeza, que se organiza en torno a un núcleo integrado por el dolor moral o dolor por vivir. Muchas veces lleva inherente la imagen de la muerte en forma de una añoranza, lo que estimula la tendencia autodestructora.

²⁶ Fernández A. Modelo tetradimensional clínico y neurobiológico del Síndrome Depresivo. Revista de Neuropsiquiatría 71(1-4), 2008.

- **Anergia:** debilitación de los impulsos, consiste en la falta de fuerzas y en el cansancio de la vida, en ausencia o deficiencia de las motivaciones y los intereses, falta de reactividad a los estímulos externos, inhibición psíquica global. Afecta selectivamente a la facultad psíquica de la concentración de la atención, en el cual al no poder prestar atención a los hechos tampoco se los puede recordar. La voluntad anérgica está marcada por la dificultad de tomar decisiones. A nivel somática se refleja en alteraciones diversas: fatiga, inhibición sexual, vagotonía, disminución de las secreciones y signos de envejecimiento.
- **Discomunicación:** fallo de la capacidad de sintonización vital con los demás y con el espacio circundante, lo que conduce al aislamiento del enfermo depresivo mediante el bloqueo de la emisión y la recepción. El bloqueo de la emisión y la recepción se extiende al lenguaje hablado y escrito, y el complementario, el lenguaje no verbal o comunicación corporal. El grado de contacto humano se reduce, el depresivo se mantiene recluido en un espacio muy reducido y procura mantener alejados a los demás, siendo la tendencia a rehuir a los amigos uno de los síntomas cardinales de la discomunicación. Además presenta un cierre a los medios informativos, sumergiéndose en un profundo aislamiento interpersonal y social.
- **Ritmopatía:** comprende la desorganización de las formas rítmicas biopsíquicas del ser humano: la actividad/descanso, la alimentación y el sueño, modificando el llamado ritmo circadiano. La programación de estos procesos rítmicos circadianos precisa el apoyo de ciertos indicadores externos o sincronizadores ambientales, cuya función reguladora se refuerza con hábitos psicosociales cotidianos. La alteración de los tres ciclos, obedece a la inestabilidad y/o la debilitación de los reguladores internos a consecuencia de la pérdida de la fuerza vital.

La disregulación del ciclo actividad/descanso puede manifestarse por una serie de fluctuaciones del estado mental imprevisibles a lo largo del día.

Los trastornos del apetito y el peso se manifiestan por anorexia acompañada de pérdida de peso, y bulimia.

Entre los trastornos del sueño podemos encontrar insomnio, hipersomnias, además la inversión del ritmo sueño/vigilia hace que un amplio grupo de depresivos pase los días durmiendo y las noches velando. Dos magnitudes rítmicas son el ritmo existencial y la organización de la temporalidad.

El depresivo suele contemplar la vida a través de los malos recuerdos vividos en el pasado, acompañada del aislamiento de la realidad presente y de la carencia de propulsión hacia el futuro, implica la inflación de todo lo ya acontecido y la tendencia a dar por ya ocurrido cuestiones sólo pensadas, lo que representa seccionar sin contemplaciones la conexión existencial con el presente y con el futuro.²⁷

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico, el cual se basa, a su vez, en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos.²⁷

La historia clínica deberá recoger los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o sus familiares de primer grado. Es conveniente también que esta historia incluya los principales rasgos de la personalidad del anciano, especialmente

²⁷ Navarro S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta Médica México. Vol. 143 No. 2; 2007.

si la personalidad de éste ha sido una personalidad basada en la necesidad de orden y perfeccionismo.

Para su diagnóstico en adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage, que sirve como un instrumento de tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.

Consecuencias de la depresión en el adulto mayor

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano. Las consecuencias entre otras son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento y mayor utilización de los servicios hospitalarios. Los síntomas depresivos han sido igualmente asociados al deterioro de la función cognoscitiva y, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.²⁸

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión son diversas, y pueden retrasar o impedir la búsqueda de atención médica adecuada.

Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. El impacto de la depresión en las capacidades físicas puede ser similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades crónicas.²⁸

TRATAMIENTO

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable. Actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos.^{25,28,29}

Farmacoterapia antidepresiva

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina.

Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo y si ocurre entre ellas algún desequilibrio, pueden resultar trastornos depresivos.^{25,29}

Psicoterapia

La psicoterapia o "terapia de conversación" puede ayudar en la depresión, a menudo se utiliza en combinación con medicamentos antidepresivos, dependiendo de la severidad de la depresión, el tratamiento puede ser completado en un plazo corto o largo, según las necesidades o preferencias del paciente.

La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

²⁸ • Andreescu C, Reynolds C. Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Psiquiatría Biológica*. 19(4):116–126; 2012.

²⁹ • Morales F. *Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología Tomo I. Depresión en el Adulto Mayor*. Editorial Universidad Estatal a Distancia, 2007;135-145

Estudios sobre el tratamiento de la depresión en adultos mayores evidencian que los pacientes que responden al primer tratamiento de medicamentos y terapia presentan menos probabilidades de volver a sufrir depresión si continúan el tratamiento combinado durante al menos dos años.²⁹

La terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos a positivos, al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, mejorando el estado de ánimo, en un lapso de tiempo relativamente corto, aliviando así la depresión.

La mayor parte de las guías señalan el beneficio adicional obtenido al respaldar el efecto de la medicación antidepresiva con intervenciones psicosociales. Una guía basada en el consenso de expertos de 2001 consideraba la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de solución de problemas (TSP), y la terapia de apoyo como intervenciones psicosociales de primera línea.²⁹

Los objetivos de la terapia son mitigar los síntomas, prevenir las recaídas y, a la larga, conseguir la remisión completa.

Actualmente no existen pruebas de que las intervenciones propuestas para la prevención primaria de la depresión sean eficaces, salvo en unos pocos estudios aislados. Se ha visto, sin embargo, la eficacia de ciertas intervenciones, tales como la creación de redes de apoyo para grupos vulnerables, intervenciones específicas centradas en determinados sucesos e intervenciones dirigidas a familias y personas vulnerables, y también del empleo de medios adecuados de detección y tratamiento de trastornos mentales como parte de la atención primaria para la discapacidad física.

Dichos programas pueden ser administrados en el contexto de la atención primaria de salud, por ejemplo por visitantes médicos o personal de salud comunitario. Sin

embargo, no están muy difundidos en la atención primaria, ni siquiera en los países industrializados.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Tienen como característica principal una alteración del humor. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM) se clasifican en:

Depresión mayor

La depresión mayor se define por la presencia, durante al menos dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimiento de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia, por ejemplo, de llanto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (referido por el propio paciente u observado por otros). Esta anhedonia, acompañada generalmente de apatía, no siempre resulta fácil de valorar en ancianos arrinconados o privados de estimulación en su entorno
3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen y/o aumento o pérdida de apetito, casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnía casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.³⁰

Distimia

El trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años.

Los criterios para su diagnóstico incluyen:

- Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años, sin ausencia de sintomatología durante más de dos meses seguidos. Acompañado de dos o más síntomas como: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, astenia, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.³⁰

Depresión bipolar

Este tipo de depresión representa una alteración del estado de ánimo en la que se ve afectada sus dos polaridades, alternando períodos depresivos y maníacos en una misma persona.

La manía es el estado opuesto a la depresión y en ella existe un ánimo expansivo, con euforia, hiperactividad, aceleración del pensamiento, verborrea, irritabilidad y conductas impulsivas y agresivas. En los cuadros más graves pueden existir, además de alteraciones del curso, alteraciones del contenido del pensamiento con ideación megalomaniaca, en ocasiones delirante.

³⁰ Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV, 1995.

La prevalencia del trastorno bipolar en mayores de 65 años es menor que en la población general, en torno al 0,1-0,5%. Más frecuentes, pueden ser en el anciano los síntomas maniformes de origen orgánico, secundarios, a fármacos y a enfermedad, fundamentalmente vasculocerebral, sobre todo si existe afectación del hemisferio derecho y del tálamo.³¹

Trastorno adaptativo

Los criterios para el diagnóstico son:

1. Síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estrés identificable que aparecen dentro de los 3 meses siguientes a este estrés.
2. Síntomas que producen malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro de la actividad laboral o social.
3. La alteración no es un trastorno específico ni es una exacerbación de un trastorno preexistente.
4. Los síntomas no responden a un duelo.
5. Una vez desaparecido el estrés o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses.

El trastorno adaptativo con humor depresivo se considera el tipo de depresión más frecuente en el anciano, o al menos la más diagnosticada.³⁰

ENFERMEDADES MENTALES

Un trastorno o enfermedad mental se caracteriza por alteraciones de los procesos de tipo cognitivo, emocional y del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que

dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.³¹

En el campo de la salud mental algunos autores prefieren utilizar el término "trastorno mental", que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana, sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.³¹

En cuanto a la etiología de la enfermedad mental, podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico, ambiental y psicológico, teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su sintomatología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Las enfermedades mentales se han dividido en Trastornos Orgánicos y Trastornos Funcionales, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, aunque la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos.³¹

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

³¹ Defensor de la Ciudadanía de la Provincia de Córdoba. Guía de Atención Urgente sobre Enfermedad Mental. Córdoba: 2010.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad.³²

SALUD MENTAL

La salud mental puede entenderse como un estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad.^{14,32}

La salud mental abarca el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Cuando hablamos de felicidad, paz mental, gozo o satisfacción, usualmente estamos hablando de salud mental. La salud mental está relacionada con la vida diaria de cada persona. Significa la forma de relacionarse con sus familias, con sus compañeros, en sus comunidades, en la escuela, en el trabajo, en los juegos. Está relacionada con la forma en que cada persona armoniza sus deseos, ambiciones, habilidades, ideales, sentimientos y conciencia, con el fin de satisfacer las demandas de la vida.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud

³² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el Mundo, Salud Mental: Nuevos conocimientos y Esperanzas, Ginebra, 2001.

que da la Organización Mundial de la Salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad, ni la salud física, ni la salud mental pueden existir solas, ya que el funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes.³³

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

BIENESTAR

Desde una perspectiva subjetiva, se define como la satisfacción por la vida, felicidad moral, y se conceptualiza como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función a criterios propios. Para algunos investigadores, la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas.³³

Se trata de un concepto subjetivo, que puede tener representaciones muy diferentes en la mente de cada individuo, dado que el bienestar está íntimamente relacionado con las necesidades y los gustos de las personas.

Cabe mencionar que se entiende por salud al estado de completo bienestar, tanto físico como mental, a nivel personal y en un contexto social. Por lo tanto, se trata de la fórmula para obtener el buen funcionamiento de la actividad psíquica y somática.

³³ Meléndez J, Tomás J, Navarro E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Revista Española de Geriatría Gerontológica. 2008;43(2):90-5

Diener propone que el concepto de bienestar personal gira en torno a tres elementos que lo caracterizan. El primero basado en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma, relativa a la “satisfacción con la vida”. La segunda, que incluye una dimensión global, una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida. Por último, destaca la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.³⁴

El grado en que una persona juzga de un modo global su vida en términos positivos o la medida en que la persona está a gusto con la vida que lleva se define según Veenhoven como bienestar, donde el individuo utiliza dos componentes para la evaluación, sus pensamientos y sus afectos, mostrando una discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración.³⁴

El elemento afectivo constituye el plano placentero, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes.

En la vejez el bienestar personal organiza el principal criterio para un envejecimiento exitoso, desde un concepto globalizador es importante conocer los sentimientos de satisfacción social y de felicidad, las condiciones y dinámica de vida que experimentan los adultos mayores para acercarnos al proceso de envejecimiento y a su realidad social.³⁵

El concepto de bienestar subjetivo adolece de falta de teorización, lo que ha influido en que los instrumentos diseñados para su medición presenten imprecisiones y generalidad conceptual. No obstante, la investigación especializada indica, sin mayor precisión, que el componente subjetivo es parte integrante de la calidad de vida de las personas mayores, constituyendo un indicador importante en el proceso de

envejecimiento, que no debe dejarse de lado al considerar la situación real de las personas mayores.³⁵

La concepción de bienestar personal se ha estudiado desde diversas perspectivas y con diferentes metodologías. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados han sido en población abierta, por lo que, el bienestar específicamente en adultos mayores ha sido poco estudiado. Es por ello que el bienestar personal de los adultos mayores debe centrar su atención en estas dimensiones del bienestar:

- La satisfacción actual que es la valoración que el individuo efectúa de su situación actual, lo que da lugar a percibirse satisfecho consigo mismo, con su trabajo, con las actividades que realiza y en el lugar donde vive.
- La satisfacción con la vida percibida como la valoración de los logros y aspiraciones a lo largo del tiempo, y que representa la diferencia percibida entre sus ambiciones y ganancias. A menudo es denominada también satisfacción vital.
- El estado de ánimo positivo que incluye la expresión del predominio de los sentimientos positivos sobre los negativos, siendo el agrado experimentado por la persona en el momento actual.
- La percepción de felicidad que es la estimación de los sentimientos que la persona ha tenido, y no solamente la expresión de los afectos ya que también incluye la valoración de los mismos a través del tiempo.
- La percepción del tiempo que es la apreciación del avance del tiempo, permitiendo apreciar o despreciar la cotidianidad incluyendo la percepción de utilidad e integración social.

La Organización Mundial de la Salud define el bienestar integral como el estado de completo bienestar físico, social y mental, el cual se alcanza a través del equilibrio en estas tres dimensiones, por lo que resulta imposible aislar o disociar una de ellas de las otras dos. Es por ello que, el bienestar se concibe desde una perspectiva multidimensional, la cual integra factores fisiológicos, sociales, mentales,

psicológicos, económicos y personales. Por tanto, el concepto de bienestar integral resulta de una combinación de:

- Bienestar fisiológico: el cual comprende el estado de salud física del individuo y es medible a través de la presencia/ausencia de enfermedades, la funcionalidad, la percepción de salud y la autonomía personal.
- Bienestar social: representa la participación activa del individuo en la sociedad.
- Bienestar mental: constituye el estado de salud mental del individuo, además de la ausencia de enfermedades cerebrales degenerativas.
- Bienestar económico: refiere a la situación económica del individuo, abarca la satisfacción de necesidades básicas, el ingreso, la vivienda, acceso a los servicios médicos, entre otras.
- Bienestar personal: se refiere al sentimiento de satisfacción actual y vital del individuo, el estado de ánimo positivo y la percepción que la persona tiene de su felicidad.³⁴

El Bienestar Mental puede ser valorado a través de seis dimensiones psicológicas propuestas originalmente por Ryff en 1989 y reiteradas con posterioridad:

Auto-aceptación. Es uno de los factores que más determinan el bienestar. Implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida. La autoaceptación es básica para la salud mental y es una característica central de la auto-realización, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad.³⁵

Relaciones positivas con los demás La calidez y la confianza en las relaciones interpersonales son importantes para disfrutar de bienestar psicológico y suponen

³⁴ Diener ED, assessing subjective well-being: progress and opportunities, Social Indicators Research 1994, Volume 31, Issue 2 : 103-157.

³⁵ Elosua P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores, Revista Española de Geriatría y Gerontología.2009.

también una demostración de madurez de la personalidad. Las personas con capacidad de auto-realización demuestran empatía y tienen firmes sentimientos de afecto hacia otras personas, son capaces de dar más amor y de tener profundas relaciones de amistad.³⁵

Autonomía. Este factor se refiere al bienestar aportado por la auto-determinación, la independencia y la regulación de la conducta a partir de los propios criterios, con un funcionamiento autónomo y resistente a la aprobación o desaprobación de los demás. Las personas con autonomía no se dejan llevar por los miedos y creencias de las masas y consiguen tener un sentido de libertad en sus comportamientos.³⁵

Dominio del entorno. La habilidad para elegir o crear entornos favorables para la satisfacción las propias necesidades psicológicas es otra de las características básicas de un sano funcionamiento psicológico. La madurez requiere participar activamente en la importante esfera de lo externo a uno mismo. Las personas con un alto dominio del entorno tienen una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten capaces de influir sobre este contexto ambiental.³⁵

Propósito en la vida. Para disfrutar de un bienestar duradero las personas necesitan marcarse metas en la vida, definir objetivos que les permitan dar sentido a su vida. Para percibir que la vida tiene significado hace falta tener una sensación de dirección e intencionalidad y hacer que la vida resulte productiva, creativa y emocionalmente integrada.³⁶

Crecimiento personal. El funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere alcanzar las cinco características anteriores, necesita también que la persona ponga esfuerzo en desarrollar sus potencialidades con el objetivo de crecer y expandirse como ser humano.³⁷

DESARROLLO PERSONAL

La experiencia de interacción individual y grupal, a través de la cual los sujetos que participan en ella desarrollan y optimizan habilidades y destrezas para la comunicación abierta y directa, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones se conoce como desarrollo personal. Permitiendo que el individuo conozca más, no sólo de sí mismo, sino también de sus semejantes con el objetivo de crecer y ser más humano.³⁷

Se puede señalar que la vida es un proceso de desarrollo constante y dinámico de adaptación personal al entorno, que exige una permanente toma de decisiones a través de nuestro comportamiento, con el objetivo de lograr que la persona sea un ser más completo e íntegro, mejore su potencial, excelencia, responsabilidad, autoestima y creatividad en el ambiente donde se desenvuelve. Al mismo tiempo que logra alcanzar estabilidad emocional, bienestar personal, familiar y laboral.^{36,37}

Con respecto a la concepción del adulto mayor dentro del proceso de desarrollo personal se debe considerar que la edad no implica un impedimento en el cumplimiento de nuevas metas tanto personales como profesionales. Simplemente con base en la motivación y apoyo de sí mismo y de su entorno, y mediante la identificación del perfil del individuo se puede medir o conocer las capacidades con las que cuenta el individuo con el objetivo de orientarlas a una determinada actividad para la cual esté capacitado física y mentalmente.

³⁶ García M.A, Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital, Buenos Aires, Año 8, N° 48; 2002.

³⁷ Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.

Satisfacción Vital

Se define como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar. Así, las personas evalúan su estado actual con las expectativas de futuro que tienen para sí mismas dónde la satisfacción es la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros.³⁸

La satisfacción resulta un estado psicológico resultante de la transacción entre el individuo, y su entorno micro social como el estado civil, la familia, participación social, satisfacción laboral, o apoyo social, y el entorno macro social que incluye el nivel de ingresos, la cultura y educación. Además implica la presencia de estado de ánimo positivo y ausencia de estado de ánimo negativo; también incluye el valor asignado a las metas o aspiraciones, el cual es individual y específico según la cultura, al ser comparada con un referente externo.^{39,40}

Blanco y Díaz afirman que el bienestar subjetivo viene a ser el resultado de un balance global que la persona hace de sus oportunidades vitales, del curso de acontecimientos a los que enfrenta, y de la experiencia emocional derivada de ello. En otras palabras es el grado en que la persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. Aspecto que resulta fundamental en las personas que ya han avanzado por diferentes etapas de su vida.^{39,40}

³⁸ Neugarten B.L, Havighurst R.J, Tobin S.S. The measurement of live Satisfaction, Journal of Gerontology, 1961, Vol. 16, 134 -143

³⁹ Castillo Á, Albala C, Dangour A, Uauy R. Factores Asociados a Satisfacción Vital en una cohorte de Adultos Mayores de Santiago. Gaceta Sanitaria. 26(5):414–420 Chile; 2012.

La satisfacción se entiende como una representación cognitiva resultado de la interpretación personal de la misma en diferentes dominios de la vida basada en los propios estándares del individuo. Además podría ser representada como una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo.⁴⁰

Las características estables de personalidad, metas u objetivos y el contexto de la persona, son influyentes en la satisfacción vital de las personas. A su vez estas particularidades definen al bienestar. En efecto ésta satisfacción es sensible a las circunstancias cambiantes, es decir que a través del ciclo vital las variables moderadoras de la satisfacción vital tenderán a ir modificándose en tanto se va alcanzando ciertas etapas evolutivas.⁴⁰

Las variables demográficas como la edad, sexo, ingresos, raza, ocupación, educación, estatus socio-económico, religión y matrimonio pueden predecir la satisfacción vital. A estas variables hay que sumar aquellos aspectos relacionados con la influencia social, la salud psicológica, y hasta en cierta medida la salud física, que a su vez dependen al menos en algún grado de sentirse integrado a una comunidad. Esto afirma el sentido de que el apoyo social es una de las fuentes importantes en la predicción de la satisfacción vital, la felicidad y las relaciones afectivas cercanas.⁴⁰

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.³⁹

Esta expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores. A partir de éste análisis podemos definir a la calidad de vida como el grado en el cual las necesidades objetivas de los seres humanos son alcanzadas en relación con las percepciones personales o grupales del bienestar subjetivo. Siendo la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; lo que influye en su salud física y mental.^{1,39,40}

La calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones socialmente significativas; es decir, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación y aislamiento social del adulto mayor.¹

La calidad de vida en la vejez se entiende como un concepto, multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, de tal manera que su evaluación incluye 3 dimensiones básicas: funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico; pero, además, también se deben tener en cuenta las impresiones subjetivas como la satisfacción vital y los factores ambientales, es decir, la percepción que tiene la persona de estas dimensiones.

⁴⁰ García J.J. Hacia un Nuevo Sistema de Indicadores de Bienestar. Revista Internacional de Estadística y Geografía. Vol. 2 Núm.1; 2011

De este modo, la aproximación orientada al análisis del bienestar en diferentes edades y sus posibles cambios parece fundamental, sobre todo si el bienestar es un marcador de la calidad de vida y ésta es una de las bases del envejecimiento con éxito.³¹

La mayoría de las descripciones de calidad de vida, se basan en encuestas de bienestar y satisfacción con la vida, en aspectos subjetivos y de representación cognitiva de la situación vital, pero además incluye algunos datos objetivos autoevaluados por el sujeto, como por ejemplo, las condiciones de salud física, psicológica y social o la capacidad funcional en relación con los aspectos psicológicos, físicos, sociales y emocionales. Otras definiciones incluyen aspectos sociales objetivos, como el nivel de ingresos, condiciones de la vivienda o presencia de confidente.³⁹

La calidad de vida se convierte en una medida complementaria de salud y de resultado necesario y central en la atención e investigación sanitaria de calidad.

2.7.- HIPÓTESIS

“La Depresión produce un impacto negativo en el bienestar de adultos mayores en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela”.

2.8.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLE DE LA HIPÓTESIS

2.8.1. Variable independiente

Depresión

2.8.2. Variable Dependiente

Bienestar del Adulto Mayor

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque

Esta investigación está guiada predominantemente por el paradigma cualitativo porque busca reconocer el efecto de la depresión en el bienestar del adulto mayor, considerando características sociodemográficas y en salud de la población en estudio. También presenta un enfoque cuantitativo ya que los resultados se analizarán estadísticamente, identificando el porcentaje de depresión en la población mencionada y factores que reflejen asociarse al bienestar de adultos mayores.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación

Investigación de Campo: ésta investigación se basa en datos reales recopilados directamente en adultos mayores en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela.

3.3.- Niveles o Tipo de Investigación

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar el impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor, y comparar estas dos situaciones especificando las propiedades importantes de las personas sometidas a análisis. A través de la descripción se dan a conocer los resultados obtenidos en la investigación.

Diseño transversal.- Ya que es un estudio de rápida ejecución y fácil control en un período corto de tiempo, donde el investigador tomara los datos en una sola ocasión.

3.4.- Población y Muestra

La población en estudio de esta investigación abarca adultos mayores que acuden al centro de Salud de la Parroquia Juan Benigno Vela.

El muestreo es No probabilístico y por conveniencia ya que la muestra se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión; siendo 90 Adultos Mayores.

3.5.- Criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1 Criterios de inclusión

Para la presente investigación, se incluirán:

- Adultos mayores definidos según el Artículo 37 de la Constitución del Ecuador como población = o >65 años, que deseen participar en la investigación, y que asistan al centro de Salud de la Parroquia Juan Benigno Vela.

3.5.2 Criterios de exclusión.

- Retraso mental o alteración del estado cognitivo
- Población con discapacidad auditiva y del lenguaje
- Adultos mayores que atravesasen en los últimos 2 meses hechos traumáticos como: divorcio, pérdida de familiares o amigos allegados, etapas del nido vacío, inestabilidad laboral.
- Adultos mayores diagnosticados y con tratamientos para la depresión.

3.5.3 Aspectos éticos

En el presente estudio se tomaran datos específicos de los pacientes para lo cual cada uno tendrá absoluta privacidad y anonimato, no se tomaran nombres ni apellidos y se guardara absoluta reserva, utilizando como medio de identificación un código que será dado por la fecha y orden de la entrevista, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

3.6.- Operacionalización de Variables.

3.6.1. TABLA VARIABLE INDEPENDIENTE: Depresión

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación.	Estado de Ánimo	<p>Humor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eutimia • Distimia • Hipertimia <p>Anergia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aburrimiento • Insensibilidad • Anestesia Psíquica 	<p>1. ¿Está usted satisfecho(a) con su vida?</p> <p>5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?</p> <p>7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</p> <p>11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo en este momento?</p> <p>2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?</p> <p>3. ¿Siente usted que su vida está vacía?</p> <p>4. ¿Se aburre usted a menudo?</p> <p>10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?</p> <p>14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?</p>	Entrevista y encuesta	Escala Geriátrica de Sheikh y Yessavage.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	Estado de Ánimo	<p>Discomunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono de medios informativos • Bloqueo comunicación verbal y corporal • Alejamiento de los amigos <p>Ritmopatía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad mental • Insomnio • Anorexia • Bulimia 	<p>9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?</p> <p>12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?</p> <p>15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?</p> <p>6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?</p> <p>8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?</p> <p>13. ¿Se siente usted con mucha energía?</p>	Entrevista y encuesta	Escala Geriátrica de Sheikh y Yessavage.

3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Bienestar

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Estado de completo bienestar físico, social y mental, el cual se alcanza a través del equilibrio en estas tres dimensiones.</p> <p>Se concibe como un concepto multidimensional, que resulta de una combinación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar fisiológico: el cual comprende el estado de salud del individuo. • Bienestar social: representa la participación activa del individuo en la sociedad. • Bienestar psicológico. 	<p>Bienestar Psicológico</p>	<p>Auto-aceptación</p> <p>-Evaluación positiva presente y pasada</p> <p>Relaciones positivas</p> <p>-relaciones interpersonales de calidad (estables y confiables)</p>	<p>1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas</p> <p>7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo</p> <p>13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría</p> <p>19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad</p> <p>25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida</p> <p>31. Me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo</p> <p>2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones</p> <p>8. No tengo muchas personas que quieran escucharme</p> <p>14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas</p> <p>20. La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo</p> <p>26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza</p> <p>32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí</p>	<p>Entrevista y encuesta</p>	<p>Escala de Ryff</p>

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	<p>Bienestar Psicológico</p>	<p>Autonomía -Autodeterminación -Independencia -Autoridad</p>	<p>3.Expreso mis opiniones, incluso cuando son opuestas a la mayoría de la gente 4.Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida 9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí 10.Me juzgo por lo que yo creo que es importante 15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones 21.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al resto 27. Es difícil para mí expresar mis opiniones en asuntos polémicos 33. Cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo</p>	<p>Entrevista y encuesta</p>	<p>Escala de Ryff</p>

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	Bienestar Psicológico	<p>Dominio del entorno -Seguridad y manejo activo del entorno</p> <p>Propósito en la vida -Expectativas personales -Sentido de Dirección</p>	<p>5.Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga 11.He construido un hogar y un modo de vida a mi gusto 16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo 22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen 28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida 39.Si me sintiera infeliz con mi vida daría trataría cambiarla</p> <p>6.Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad 12.Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo 17.Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro 18.Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí 23.Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida 29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida</p>	Entrevista y encuesta	Escala de Ryff

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	<p>Bienestar Psicológico</p>	<p>Crecimiento personal -Potencialidad -Oportunidades</p>	<p>24. Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo 30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida 34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada 35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo 36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona 37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona 38. La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento</p>	<p>Entrevista y encuesta</p>	<p>Escala de Ryff</p>

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	Bienestar Social	-Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Entrevista y encuesta	Cuestionario de datos socio-culturales
		-Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 65-75 años • >75 años 		
		-Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado • Unión Libre 		
		-Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 		
		-Actividad Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Jubilado • No jubilado • Otras 		
		-Independencia Económica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
		Apoyo Socio-Familiar Percibido	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
	Bienestar en Salud	<p>Estado de Salud Autopercebido</p> <p>Enfermedades Crónicas</p> <p>Abuso de Sustancias Psicotrópicas</p> <p>Administración de Medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Siempre • A veces 	Encuesta y entrevista	Cuestionario de datos sobre estado de salud

3.7.- Plan de recolección de información

El proceso que se siguió fue el siguiente:

1. Se determinó a los sujetos de investigación: adultos mayores que acuden al centro de Salud de la Parroquia Juan Benigno Vela que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se elaboró los instrumentos de recolección de datos: formulario de datos que se tomó a partir de los Items de la Operacionalización de variables. El modelo del formulario de datos fue diseñado con la finalidad de indagar y conocer aspectos básicos sociodemográficos y en salud del estado actual de los adultos mayores y además identificar en esta población mediante escalas gerontológicas la presencia de depresión y su bienestar.
3. Para la recolección de datos mediante la entrevista y encuesta se solicitó permiso a las autoridades correspondientes, así como un consentimiento informado a los participantes.

3.8. Técnicas de Procesamientos y análisis de Datos

El proceso que siguió fue el siguiente:

1. Se hizo la limpieza de la información
2. Se procedió a la codificación de las respuestas.
3. Se determinó en porcentaje la tasa de adultos mayores con y sin depresión
4. Se relacionó a la población con el grado de bienestar
5. Se realizaron las tabulaciones, en donde se relacionaron las diferentes respuestas.
6. Se presentaron gráficamente las tabulaciones.
7. Con ese insumo se procedió a analizar los resultados y a interpretarlos, teniendo en cuenta el Marco teórico.
8. Se aplicó un modelo estadístico para la comprobación de resultados
9. Con el análisis, la interpretación de resultados y la aplicación estadística, se realizó la verificación de la hipótesis.
10. Se hicieron las conclusiones generales y las recomendaciones.
11. A partir de las conclusiones, se realizó una propuesta de solución al problema investigado.

CAPÍTULO IV

4. - Análisis e interpretación de resultados

Como muestra se incluyó a 90 pacientes: adultos mayores definidos como población = o >65 años y que deseen participar en la investigación, que acudan al Centro de Salud de la Parroquia Juan Benigno Vela. Los mismos fueron entrevistados y encuestados entre el mes de Noviembre 2013 a Enero 2014.

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 17.

Instrumentos

Para la recolección de los datos se llevó a cabo la aplicación de 3 cuestionarios en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, realizadas por la investigadora.

Para determinar los factores relacionados con el bienestar social y en salud se elaboró un cuestionario que consta de 7 apartados.

La escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage abreviada que consta de 15 enunciados y dos opciones de respuesta (“Si” o “No”); las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13, cada respuesta errónea puntúa 1. Obteniendo tres niveles: Normal (1-5), Leve (6-10) y Moderado (11-15).

Se utilizó la adaptación al castellano de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Consta de 39 enunciados basados en las seis dimensiones del Bienestar Psicológico del modelo de Carol Ryff con cuatro opciones de respuestas distribuidas en una escala tipo Likert que va de 1 “totalmente de acuerdo,” hasta 4 “en desacuerdo”.

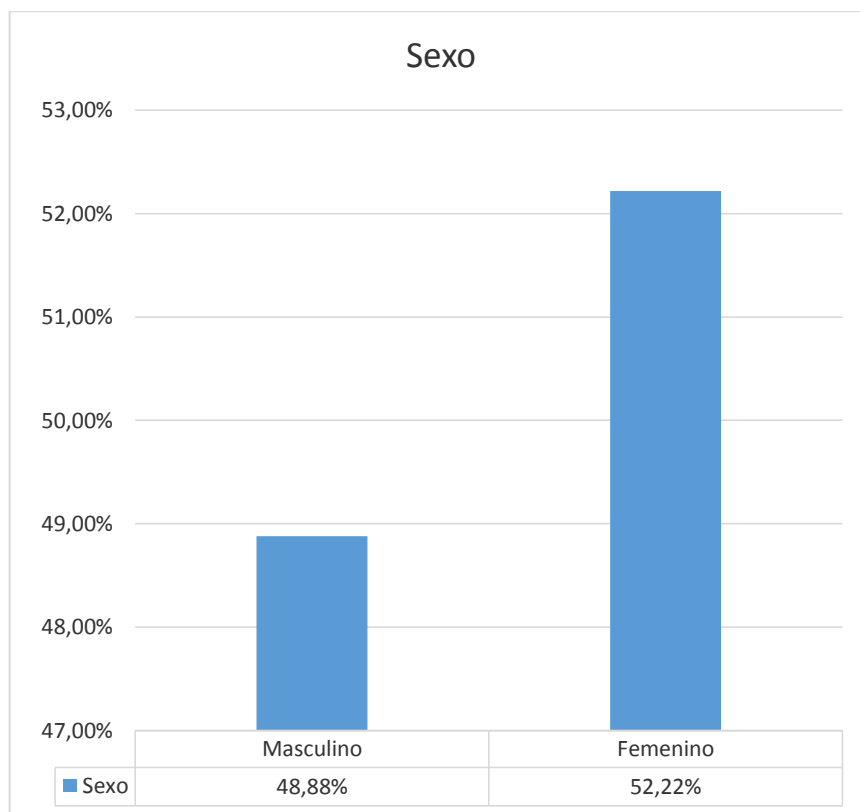
Para el presente estudio, con base en los valores de la media y la desviación típica, se crearon tres niveles de bienestar: Alto (1-1.33 puntos), Medio (1.34 - 1.85 puntos), Bajo (1,86-4 puntos)

4.1 Características sociodemográficas y en salud de la población

4.1.1 Sexo

Según la distribución del sexo, en la población de estudio predominó el género femenino con el 52,22%, lo que podría estar asociado a la diferencia que existe en los roles laborales, siendo las mujeres en su mayoría las encargadas del cuidado del hogar, mientras que los hombres al ser el sustento económico mantienen una jornada laboral que disminuiría su concurrencia a la consulta médica. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1: Distribución del sexo en la población

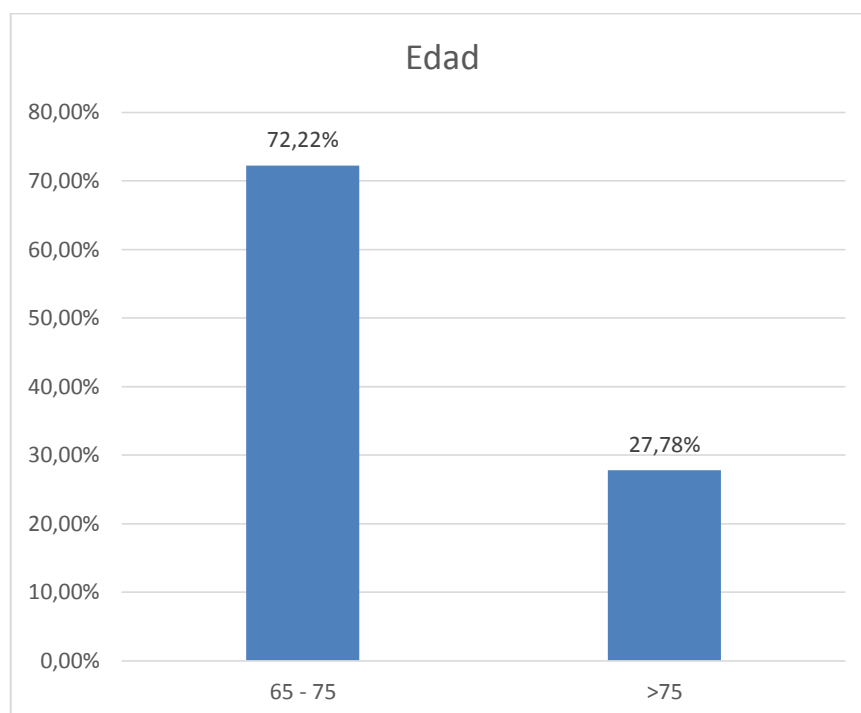


Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

4.1.2 Edad

Según la distribución de la edad se encontró mayor participación dentro del rango de 65 a 75 años con el 72,22%, lo que podría considerarse una edad adecuada para realizar un intervencionismo preventivo eficaz debido a su mayor colaboración e interés participativo. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución del sexo en la población

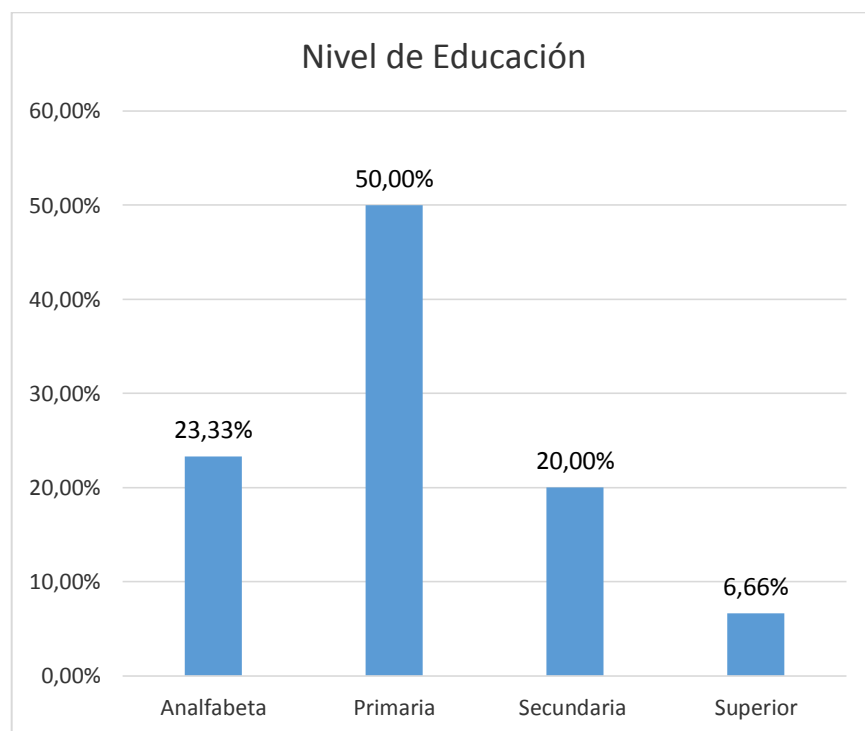


Fuente: Base de Datos **Autor:** Núñez V.

4.1.3 Nivel de Educación

Se detectó que el nivel de educación es bajo dentro de la población estudiada, correspondiendo al 23,33% el analfabetismo, seguido en un 50% por la educación primaria, lo que podría ser un factor de riesgo para no someterse a los procedimientos médicos de detección precoz e intervencionismo temprano. (Ver gráfico 3).

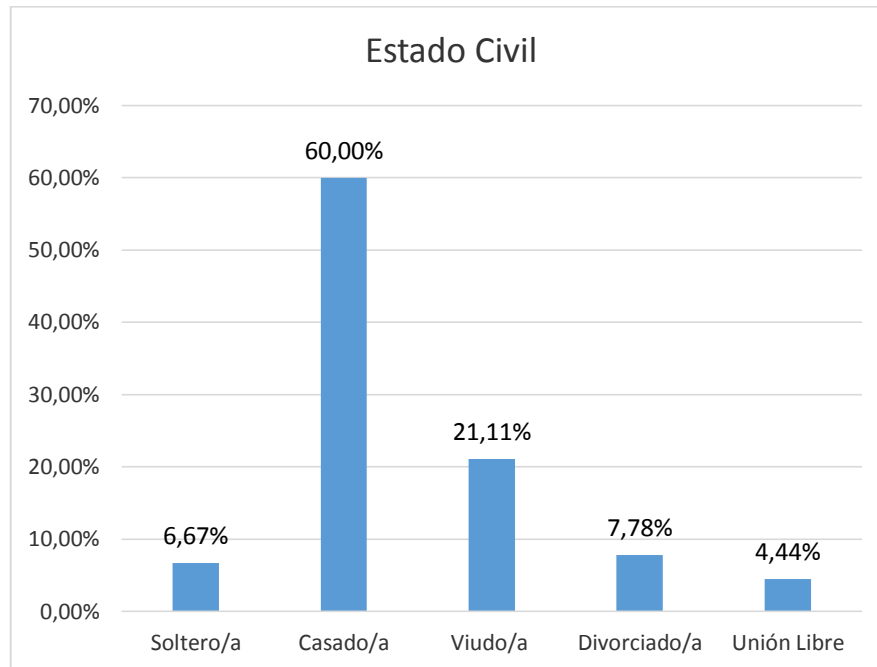
Gráfico 3: Distribución del nivel de educación en la población



Fuente: Base de Datos **Autor:** Núñez V.

4.1.4 Distribución del Estado Civil

Gráfico 4: Distribución del estado civil.

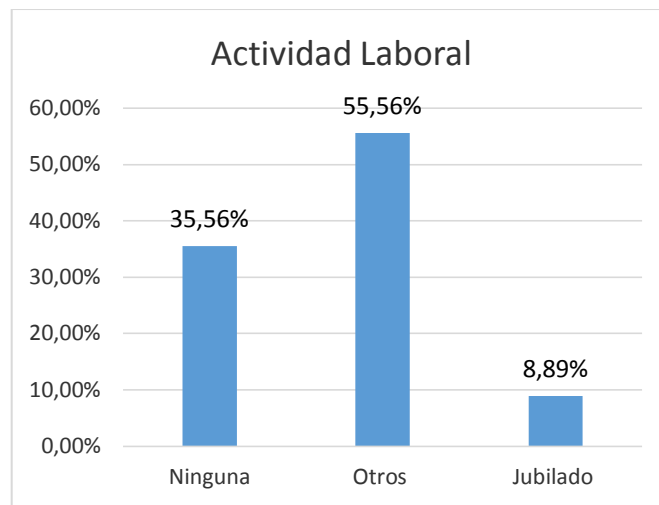


Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Por lo que se refiere al estado civil, como se observa en el gráfico 4, los grupos donde se concentra la mayor parte de la muestra encuestada son casados y viudos, con un porcentaje de 60% y 21,11% respectivamente. Ante todo resulta indispensable considerar que la pareja constituye el pilar de apoyo fundamental frente a ciertos cambios propios del envejecimiento en lo que respecta a la ayuda mutua y estado afectivo, caso contrario la pérdida de ésta fuente de sostén constituiría un factor de riesgo agravante durante éste proceso.

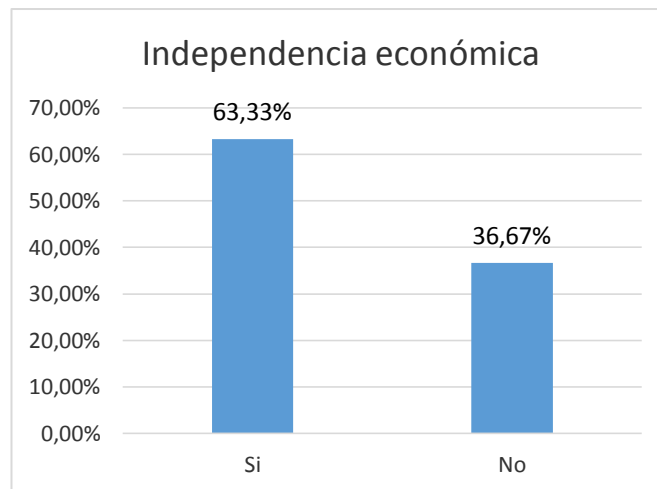
4.1.5 Distribución de la Actividad laboral e Independencia económica

Gráfico 5: Distribución de la actividad laboral.



Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Gráfico 6: Distribución de la independencia económica.

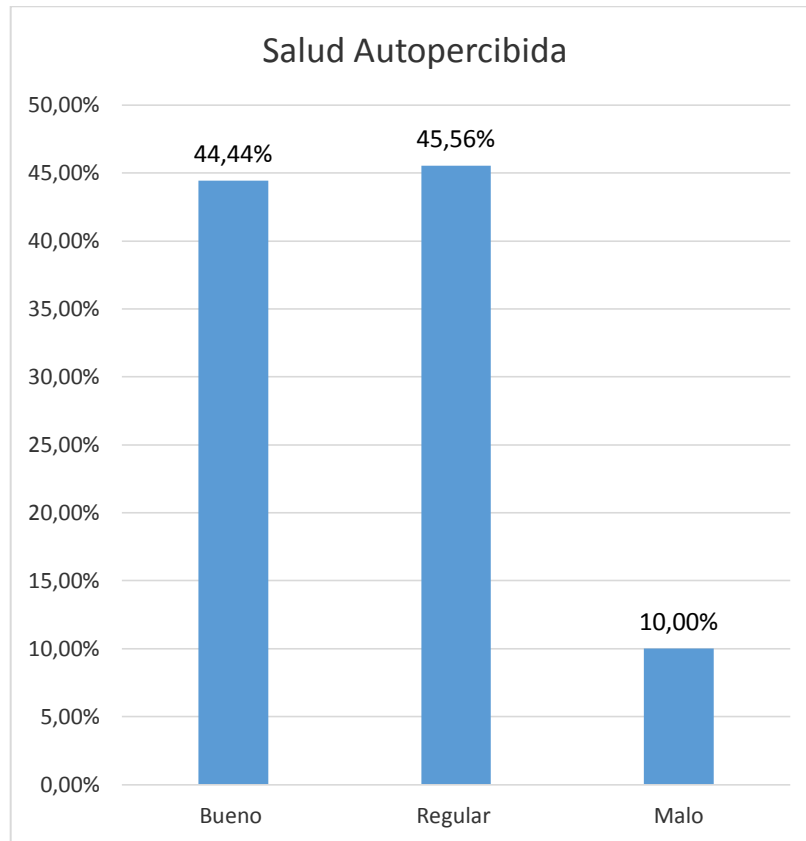


Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Como se puede observar la actividad laboral guarda una estrecha relación con la actividad económica en el grupo de estudio, la mayoría de los encuestados (55,56%), se dedican a actividades como agricultura y ganadería, esto representa un aspecto positivo desde 2 perspectivas: el de mantener una fuente de ingresos económicos y una participación laboral activa, que a su vez contribuye a mejorar el nivel de bienestar.

4.2 Distribución del Estado de Salud

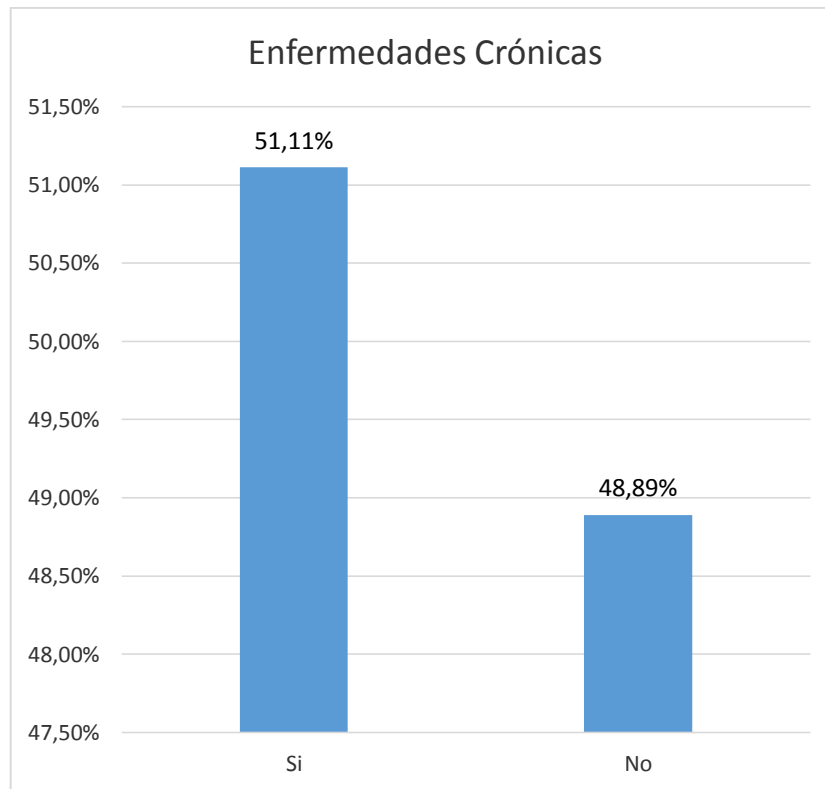
Gráfico 7: Distribución de la Autopercepción de la Salud.



Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Como se puede observar en el gráfico 7, la mayoría de la población considera que su salud es buena o regular con un 44,44% y 45,56% respectivamente; cabe recalcar que la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y bienestar es influida por su salud mental, estado emocional y capacidad funcional.

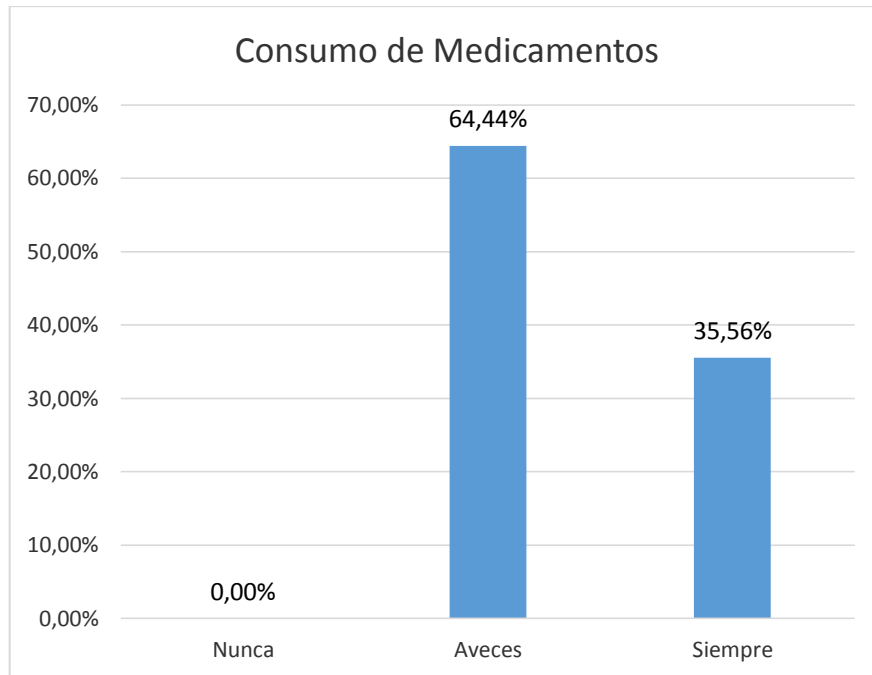
Gráfico 8: Distribución de la Presencia de enfermedades crónicas.



Fuente: Base de Datos **Autor:** Núñez V.

En el gráfico 8 se puede observar que el 51,11% de los pacientes presentan enfermedades crónicas que podrían repercutir en el aspecto psicológico y funcional de la persona, por tanto en su autonomía o independencia parámetro esencial para la autopercepción positiva del estado de salud, la misma que muestra tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas, el periodo de tiempo vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, y el tratamiento de las mismos, en el cual la percepción del estado de salud es más baja en individuos dependientes, con problemas de visión, audición o movilidad.

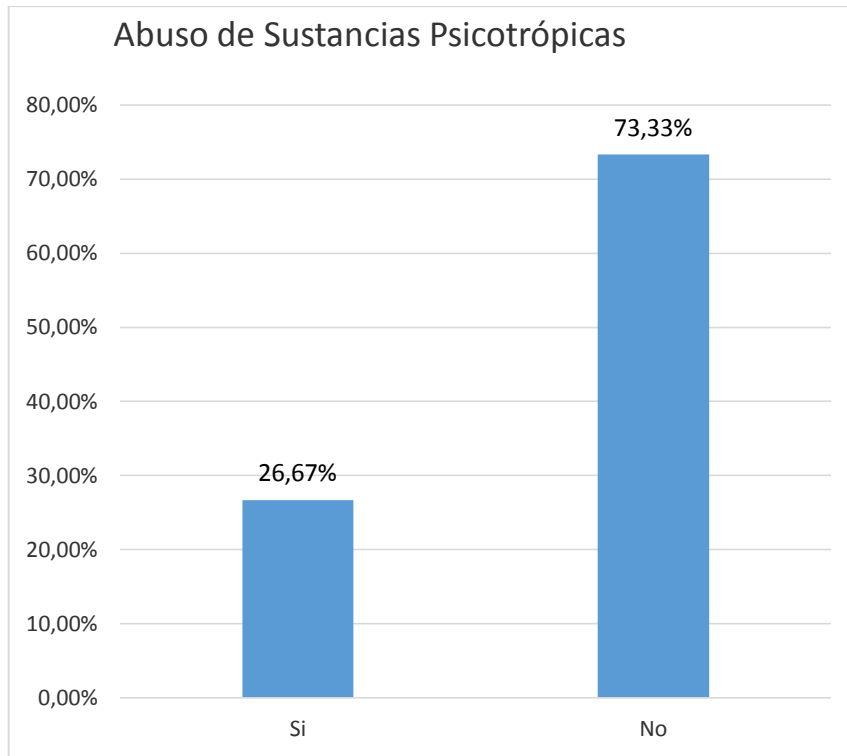
Gráfico 9: Distribución del Consumo de Medicamentos.



Fuente: Base de Datos **Autor:** Núñez V.

En el gráfico 9 se puede evidenciar que el 64,44% de los pacientes consumen medicación en algunas ocasiones mientras que el 35,56% consume medicación todos los días. La prevalencia del consumo de medicamentos es difícil de estimar por un simple interrogatorio. La frecuencia en el consumo no permite estimar la cantidad ni el tipo de medicamento consumido. Los resultados expuestos en el gráfico 9 se refieren a las respuestas de los entrevistados a la pregunta directa acerca de la frecuencia de consumo de medicamentos, es probable, con base en publicaciones previas, que las cifras subestimen la realidad. También es importante señalar que el consumo de medicamentos en este grupo de edad se asocia con la presencia de enfermedades crónicas, y a su vez un desconocimiento de las reacciones adversas a corto y largo plazo de la medicación administrada.

Gráfico 10: Distribución del Abuso de sustancias psicotrópicas (alcohol, tabaco).



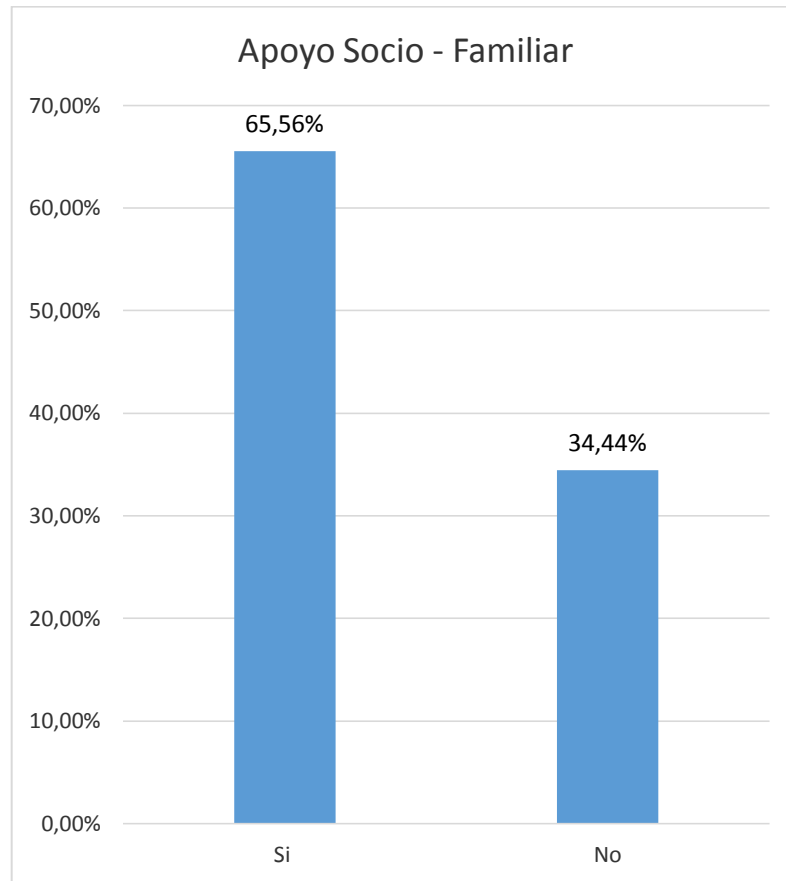
Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Como se puede observar en el gráfico 10, la mayoría de la población de estudio no refiere consumir o abusar del alcohol o tabaco. Se conoce según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) que el uso de tabaco sigue ocupando una posición significativa como factor de riesgo para la salud y la mortalidad, vigente aún en edades avanzadas. Igualmente es importante subrayar que el consumo de alcohol en este grupo de edad se asocia con síntomas depresivos, y que las intervenciones terapéuticas suelen ser más exitosas en este grupo de edad, sobre todo en los alcohólicos de inicio tardío.⁴¹

⁴¹ Chande R, Gutiérrez L. Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México SABE 2000. Organización Panamericana de la salud. [Publicación científica y técnica N. 608) 2005.

4.2.1 Distribución del Apoyo Socio – Familiar percibido

Gráfico 11: Distribución del Apoyo Socio – Familiar percibido.

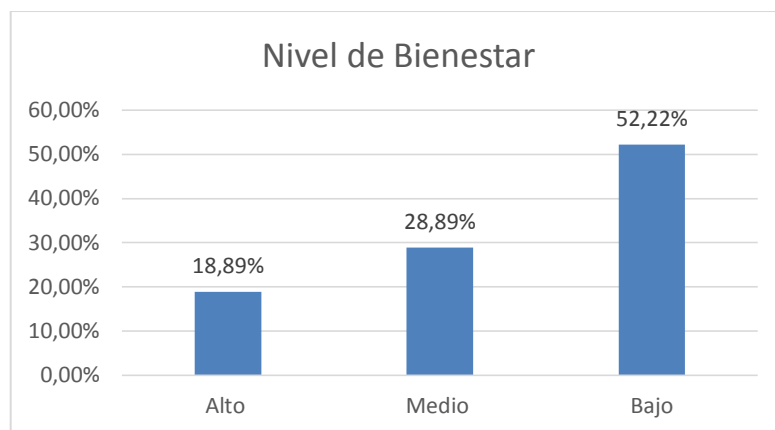


Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En el gráfico 11 se puede evidenciar que el 65,56% de la población presenta un apoyo socio – familiar, este es un factor muy importante ya que entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos, mentales y económicos por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de entidades dedicadas al cuidado del adulto mayor.

4.3 BIENESTAR PSICOLÓGICO

Gráfico 12: Distribución del Nivel de bienestar psicológico en la población.

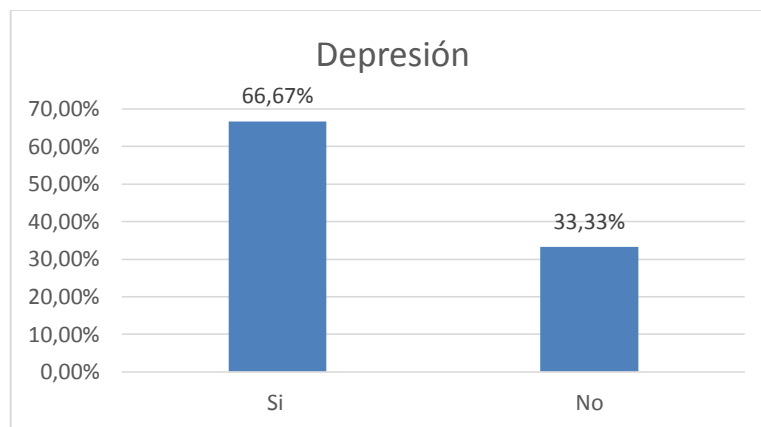


Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En el gráfico 12 se puede evidenciar que el 52,22 % de la población presenta un nivel de bienestar psicológico bajo.

4.4 Distribución de la depresión en la población

Gráfico 13: Distribución de la depresión en la población



Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En el gráfico 13 se puede evidenciar la distribución de la depresión del adulto mayor, observándose que el 66,67% de la población presenta niveles de depresión que van del leve al moderado.

4.2 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

Se presentan a continuación las diferentes dimensiones del bienestar que resultaron asociados de manera significativa a la depresión, los que fueron explorados y priorizados en esta investigación.

4.2.1 Depresión e Independencia Económica

Tabla 2: Depresión en relación con la Independencia Económica

Depresión	INDEPENDENCIA ECONOMICA		Total
	NO	SI	
No	9	21	30
Si	24	36	60
Total	33	57	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 1 se determina que no existe alguna relación entre la depresión y la independencia económica con una $p: 0,48$ lo que no tiene significancia estadística, es decir que la depresión no influye en la independencia económica de los pacientes.

4.2.2 Depresión y Actividad Laboral

Tabla 3: Depresión en relación con la Actividad Laboral

Depresión	JUBILADO	NINGUNA	OTROS	TOTAL
No	3	9	18	30
Si	5	23	32	60
TOTAL	8	32	50	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 2 se determina que no existe alguna relación entre la depresión y la actividad laboral con una $p: 0,73$, lo que no tiene significancia

estadística, es decir que la depresión no va a influir en la actividad laboral de los pacientes.

4.2.3 Depresión y Apoyo Socio-Familiar

Tabla 4: Depresión en relación con el Apoyo Socio-Familiar

Depresión	APOYO SOCIO-FAMILIAR		Total
	NO	SI	
No	7	23	30
Si	24	36	60
Total	31	59	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 3 se determina que no existe alguna relación entre la depresión y la el apoyo socio-familiar con una $p: 0,18$ lo que nos indica que no hay una significancia estadística, lo que quiere decir que la depresión no va a influir en que el paciente reciba apoyo o no de sus familiares o de la sociedad.

4.2.3 Depresión y el estado de salud auto percibido

Tabla 6: Depresión en relación con el estado de salud auto percibido

Depresión	BUENO	MALO	REGULAR	TOTAL
No	20	0	10	30
Si	20	9	31	60
TOTAL	40	9	41	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 3 se determina que existe relación entre la depresión y el estado de salud auto percibido del grupo de estudio con una $p: 0,004$ lo que indica existe una significancia estadística, lo que quiere decir que la depresión va a influir negativamente en la percepción del paciente en cuanto a su salud.

4.2.4 Depresión y el abuso de sustancias psicotrópicas

Tabla 5: Depresión en relación con el estado de salud auto percibido

Depresión	ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS		Total
	NO	SI	
No	25	5	30
Si	41	19	60
Total	66	24	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 4 se determina que no existe una relación entre la depresión y el abuso de sustancias psicotrópicas $p: 0,206$ lo que indica que no hay una significancia estadística, lo que quiere decir que la depresión no va a influir a que un paciente consuma o abuse de sustancias psicotrópicas.

4.2.5 Depresión y la administración de medicamentos

Tabla 7: Depresión en relación con la administración de medicamentos

Depresión	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		Total
	A VECES	SIEMPRE	
No	20	10	30
Si	38	22	60
Total	58	32	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

En la tabla 5 se determina que no existe una relación entre la depresión y el consumo de medicamentos con una $p: 0,75$ lo que indica que no hay una significancia estadística, lo que quiere decir que la depresión no va a influir en el consumo de medicamentos por parte de los pacientes.

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Tabla 1: Depresión en Relación con el bienestar

Depresión	Alto	Bajo	Medio	TOTAL
No	14	6	10	30
Si	3	41	16	60
TOTAL	17	47	26	90

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula (HO) que dice:

HO: La depresión tiene un impacto positivo en el bienestar del adulto mayor.

Para poder verificar la hipótesis se utilizó los datos cuantitativos de los niveles de depresión que alcanzó el grupo de estudio y se asoció con el puntaje del bienestar.

Para conocer la existencia de relación entre depresión y bienestar se realizó un análisis de correlación bivariada a través de la prueba “r” de Pearson.

Se estableció que existen diferencias estadísticamente significativas y una correlación positiva y buena ($r: 0,762$ $p: 0,001$) entre la depresión y el bienestar. Dado que el valor de r es cercano a 1 y el valor de P es menor de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice:

La depresión tiene un impacto negativo en el bienestar del adulto mayor.

Concluyéndose que la depresión tiene un impacto negativo sobre el bienestar del adulto mayor, es decir se identifica una población en riesgo en la que habría que realizar intervenciones de promoción y prevención primaria con la finalidad de prevenir y disminuir la depresión en el adulto mayor y así mejorar su nivel de bienestar que diera como resultado una mejor calidad de vida.

4.2.1 CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LAS SUBESCALAS DE NIVEL DE DEPRESIÓN.

Tabla 9: Correlación entre la depresión y los diferentes niveles del bienestar

	AA	RP	AUM	DE	CP	PV
Puntaje de depresión	0,679**	0,451**	0,497**	0,579**	0,772**	0,579**
AA		0,617**	0,299**	0,578**	0,658**	0,797**
RP			0,573**	0,454**	0,527**	0,593**
AUM				0,466**	0,603**	0,197**
DE					0,705**	0,466**
CP						0,577**

Nota: AA=Auto aceptación, RP= Relaciones personales, AU= Autonomía, DE= Dominio del entorno, CP= Crecimiento personal, PV= Propósito de vida, **Correlación significativa al nivel 0,01.

Fuente: Base de Datos Autor: Núñez V.

Como se puede observar en la Tabla 7, se encontraron que todas la correlaciones han resultado positivas y significativas al nivel 0,01, mostrando las importantes relaciones entre las medidas de las subescalas del Bienestar y la depresión.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. El rango de edad que tuvo mayor participación fue de 65 a 75 años evidenciándose como una edad adecuada para realizar un intervencionismo eficaz debido a un mayor interés en la cooperación.
2. El nivel educativo que predominó fue la instrucción primaria, seguida por el analfabetismo y en menor proporción la instrucción secundaria y superior, evidenciando que mientras mayor es el grado de instrucción existe más preocupación en la búsqueda para la prevención, asistencia médica y control de enfermedades.
3. La actividad laboral fue mayor en el sexo masculino, siendo las mujeres en su mayoría las encargadas del cuidado del hogar, que conlleva una mayor limitación de su rol activo dentro de la sociedad.
4. La aplicación de la escala de Yesavage diagnosticó depresión en la mayor parte de la población encuestada.
5. Se evidenció una relación entre depresión y nivel de bienestar bajo.
6. Aunque no se demostró asociación entre el consumo de medicamentos y la depresión, la cifra observada sobre la administración de medicamentos es elevada, lo que supone una automedicación por parte de la población que podría deberse al desconocimiento de las reacciones adversas a corto y largo plazo de la medicación administrada.

5.2 Recomendaciones

- En base al bajo nivel de instrucción de la población es necesario crear un programa de educación continua sobre salud, hábitos y cuidados según la edad, fortificando la participación activa de mujeres y adultos entre 65-75 años, como voceros y líderes cooperativos en este proceso.
- Sensibilizar e involucrar a través de la educación a la población, de adultos mayores, sus familias o personal a cargo de su cuidado sobre la prevención, diagnóstico, consecuencias y tratamiento de la depresión, haciendo hincapié en la importancia del apoyo familiar y social como red de apoyo indispensable en la vejez en pro del bienestar.
- Mejorar la relación del profesional de salud con el adulto mayor para que de esta manera se pueda realizar un mejor vínculo médico-paciente y obtener valoración integral del estado de salud considerando el entorno donde éste se desenvuelve y factores de riesgo que puedan repercutir en su acoplamiento al manejo y evolución médica.
- Se recomienda una capacitación al equipo de salud brindada por especialistas en el campo de la salud mental (geriatras, psicoterapeutas, psicólogos, etc.) sobre el manejo e intervenciones a realizar en el adulto mayor para la prevención y manejo de enfermedades como la depresión.
- Concientizar al médico sobre la importancia de la prescripción racional de medicamentos y educación al paciente sobre el delicado manejo de los mismos. A su vez poner a consideración que dentro de la gama de recursos disponibles, el tratamiento no debe quedar reducido a intervenciones farmacológicas, sino que debe ser acompañado de apoyo interdisciplinario que facilite la adherencia, y manejo adecuado de las patologías acorde las necesidades del paciente.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Título:

“Elaborar un programa de educación continua sobre el manejo e intervenciones a realizar en el adulto mayor para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión”

6.1.2 Institución efectora:

La propuesta se realizará en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela.

6.1.3 Beneficiarios:

Directos: Adultos Mayores pertenecientes a la Parroquia de Juan Benigno Vela

Indirectos: Familiares o personal a cargo del cuidado.

6.1.4 Ubicación:

Parroquia de Juan Benigno Vela

6.1.5 Tiempo:

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que se sostiene sea destinada con el fin de educar, apoyar y guiar al adulto mayor, sus familias y personal a cargo del cuidado en la prevención y tratamiento de patologías como la depresión. Esta estrategia deberá estar en constante cambio acorde las necesidades y problemática del adulto mayor.

6.1.6 Equipo técnico responsable

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por especialistas en geriatría, médicos generales, equipo de salud de la institución (enfermeras,

auxiliares, técnicos en atención primaria, promotores de salud, voluntariado) y el investigador.

6.1.7 Costo:

La propuesta tiene como presupuesto un total de 700 dólares que serán invertidos en los especialistas que intervendrán, en el diseño de la propuesta, en conferencias educativas sobre la importancia de la detección y tratamiento oportuno en la depresión, y en la motivación para realizar actividades que promuevan la salud física y mental del adulto mayor para lograr un envejecimiento exitoso.

6.2 Antecedentes de la propuesta

La presente investigación fue realizada en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, utilizando como técnicas la entrevista y encuesta se obtuvieron datos que determinan depresión en un 66.67% de la población en donde predomina un nivel de bienestar bajo en un 41%.

El género dominante en la población de estudio fue el femenino, con un nivel de educación primaria en un 50%, seguido de un 23.3% analfabetismo.

El nivel de educación tiene mucha importancia ya que la mayor parte de la población entrevistada considera a la depresión como parte del envejecimiento normal que a su vez se encuentra relacionado de manera directa con el diagnóstico y tratamiento oportunos de la depresión.

La depresión contribuye a un peor pronóstico de las enfermedades y a su vez éstas empeoran el cuadro depresivo, aún mayor si se asocian a la falta de actividad laboral, de ingresos económicos y apoyo familiar o social, elementos necesarios para lograr el óptimo bienestar en el envejecimiento.

En el estudio de intervención en adultos mayores deprimidos realizado por López Ivone en el año 1999 con el objetivo de mejorar o eliminar el estado de ánimo negativo, se demostró que la aplicación de un programa de intervención basado en la dinámica de grupo y psicoterapia logró eliminar la depresión en el 80,95 % de

los casos, y reducir los casos con idea suicida, mejorando las relaciones familiares.

6.3. Justificación

La educación resulta una estrategia preventiva fundamental que puede llevarse a cabo de formas muy variadas, para transmitir nueva información y preparar a la población para ésta nueva etapa de la vida, consiguiendo además un cambio de actitudes y de conducta positiva en los adultos mayores, con lo que se podrá enfocar técnicas de afrontamiento para prevenir y reducir el riesgo de desarrollar depresión.

La existencia de un grupo calificado en contacto con la comunidad y su problemática ayudará a orientar y sensibilizar a través de la educación y apoyo continuo sobre la importancia del diagnóstico, prevención y tratamiento oportuno de enfermedades como la depresión, sumado al respaldo para superar enfermedades somáticas que en ocasiones condicionan un deterioro funcional con pérdida de la autonomía del individuo, y que pueden favorecer la aparición de depresión.⁴²

Actividades grupales de distracción sirven de complemento y son esenciales para generar hábitos activos y saludables, que optimicen la salud física y psíquica, y refuercen la interacción social, reduciendo los efectos depresógenos de los eventos estresantes a los que la población está expuesta, mejorando las condiciones de vida de adultos mayores así como de sus familias o cuidadores.¹⁶

Una buena asistencia sanitaria y social resulta trascendental para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos de las personas mayores.

⁴²Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. México; Secretaría de Salud 2011

6.4 Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Elaborar un programa de educación continua sobre el manejo e intervenciones a realizar en el adulto mayor para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Capacitar permanentemente al personal médico y equipo de apoyo sobre la salud y cuidados del adulto mayor
- Proveer apoyo psicológico al adulto mayor, familia o cuidador
- Fomentar actividades que mejoren la salud integral: física, psicológica y social en el adulto mayor.

6.5 Análisis de factibilidad

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico ya que se tiene el apoyo de los profesionales de salud de la institución para promover la educación y apoyo continuo dirigido a la comunidad sobre la importancia de la prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno de la depresión, de la mano con actividades que mejoren el bienestar físico, mental y emocional del individuo.

Es factible desde el punto de vista administrativo ya que se pedirán los respectivos permisos o autorizaciones a las autoridades del Centro de Salud.

Los costos de la propuesta serán facilitados por parte del investigador, y el Ministerio de Salud ya que la prevención, control, y promoción de la salud reduce el alto coste económico que implica tratar comorbilidades en el adulto mayor.

Es necesario considerar que el Ministerio de Salud Pública tiene como misión garantizar el derecho a la Salud integral de la población a través de la provisión de servicios de atención de calidad, con calidez, prevención de enfermedades,

promoción de la salud e igualdad, y acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Al enfocarnos en la atención primaria de salud cabe recalcar entre sus objetivos:

- Fortalecer la conformación de equipos de salud con la incorporación y financiamiento de recursos humanos para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.
- Capacitar en Salud Social y Comunitaria a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud.
- Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes.
- Recuperar el enfoque de interculturalidad en salud para mejorar el acceso al cuidado y atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Incorporar la perspectiva de género a todas las líneas de acción.
- Implementar la estrategia de capacitación permanente en servicio para fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud.

La actual propuesta está dirigida de manera directa a la población de adultos mayores grupo vulnerable que requiere de atención prioritaria, y de manera indirecta a familiares y cuidadores incluso comunidad en general para que asuman la responsabilidad de transformar los patrones sanitarios y sociodemográficos con el fin de incorporar a los adultos mayores a la comunidad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

Desde el punto legal es una propuesta factible basándose en la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de Salud.²²

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 3 reconoce a la salud como un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas.

CAPITULO III

De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico -degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Constitución de La República del Ecuador

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Adultas y adultos mayores

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades;

asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

- Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
- Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas.
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
- Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Título VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero

Inclusión y equidad

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

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

6.6.- Fundamentación Científico Técnica.

Los programas de educación bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud dirigidos a la comunidad son indispensables al considerar que los individuos y sus familias juegan un papel activo en la prevención y tratamiento de enfermedades así como la adopción de estilos de vida saludables. A través del manejo integral de varias disciplinas para orientar y ayudar al individuo a lograr el control de su enfermedad, además de prevenir o retardar la presencia de complicaciones y así mejorar su calidad de vida.

A través de la adquisición de nuevos conocimientos se busca, proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud.

Sus objetivos están encaminados a difundir y promover la adopción de hábitos de vida saludable para la prevención, detección, control y disminución de riesgo a presentar complicaciones en pacientes que padecen o están en riesgo de desarrollar enfermedades.

Principales Acciones:

- Brindar servicios que incluyen la Promoción y Educación en Salud garantizando la capacitación continua (conocimientos, habilidades y destrezas) a fin de difundir y promover la adopción de hábitos de vida saludable para la prevención, detección, y control en pacientes que padecen o están en riesgo de desarrollar enfermedades.
- Brindar módulos de detección oportuna, información sobre los diferentes padecimientos y actividades para alcanzar el objetivo principal que es el empoderamiento de la salud de la población y su autocuidado.
- Reducir la morbilidad y mortalidad prematuras en enfermedades crónico-degenerativas.

6.7. Análisis de participación

Dentro de los involucrados en el problema se encuentra todo el personal profesional que labora en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela, población de adultos mayores, y familiares o cuidadores.

6.8 Modelo Operativo.

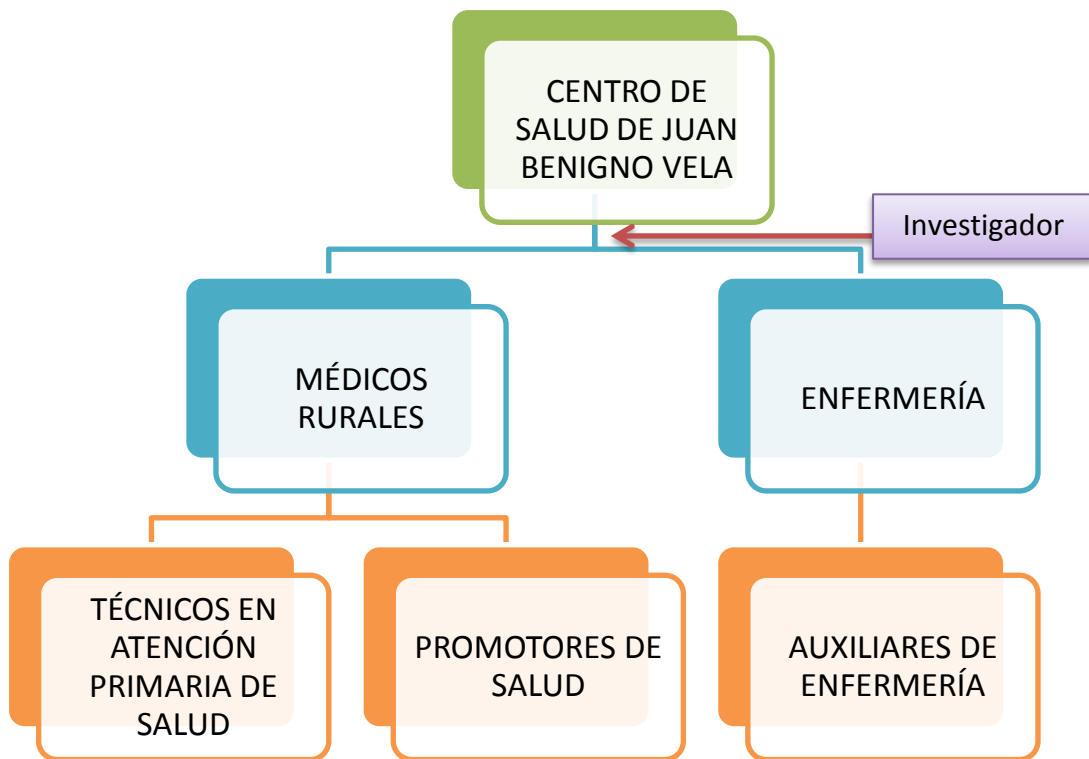
FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS Y PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
PLANIFICACIÓN	1.Recolección de información 2.Organización del personal a cargo del programa de intervención educativa 3.Elaboración de materiales	-Difundir y socializar el plan de intervención educativa al 100%	-Autorización para realizar la propuesta -Presentación de la propuesta a autoridades. -Capacitación dirigida al personal de la institución	Copias 5.00 Impresiones 10.00 Tiza líquida 5.00	- Verónica Núñez - Colaboradores	2 semanas
	Plan de intervención educativo	-Concientizar sobre la importancia de la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión en el adulto mayor, hábitos o cuidados a considerarse para mejorar su bienestar - Cumplimiento al 100%	-Realizar charlas y/o conferencias -Talleres de participación activa -Eventos Recreativos	Computadora Proyector 250.00 Tiza líquida 5.00 Carteles 5.00 Personal de Apoyo 250.00 Actividades Recreativas 130.00	- Verónica Núñez - Colaboradores	4 semanas

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
EVALUACIÓN	Evaluación del plan educativo programado	-Valoración de los conocimientos -Cambios de actitudes y conductas	-Test de evaluación -Taller de participación activa	Impresiones 10.00 Copias 5.00 Tiza Líquida 5.00 Insumos Varios 20.00	- Verónica Núñez - Colaboradores	2 semanas

6.9. Administración de la propuesta

La propuesta se la realizará en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela en la provincia de Tungurahua, con la participación del personal Médico, técnicos en atención primaria de Salud, promotores de salud, Enfermería y Auxiliares de la Unidad, quienes brindarán educación, apoyo, atención personalizada y dirigirán actividades participativas orientadas hacia adultos mayores y sus familias o cuidadores.

Diagrama 1.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aguera L, Francés I, Gayoso M, et al. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1a ed; 2004.
- Albala C, Lebrão ML, León EM, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005;17(5/6):307–22.
- Andreescu C, Reynolds C. Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. Psiquiatría Biológica. 2012;19(4):116–126.
- Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto Mayor en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas).2001
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV, 1995.
- Bordignon N.A. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. Eldiagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación. Vol. 2 No. 2; 2006.
- Carmona S. El bienestar personal en el Envejecimiento. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Año IV, No 7. 2009; pp.48-65.
- Carmona S. Envejecimiento Activo: la clave para vivir más y mejor. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2011.
- Castillo Á, Albala C, Dangour A, Uauy R. Factores Asociados a Satisfacción Vital en una cohorte de Adultos Mayores de Santiago. Gaceta Sanitaria. 26(5):414–420 Chile; 2012.
- Ching, Yi-yan. Depression of older adults: a literature review of Challenges. [Tesis Doctoral] Hong Kong; 2012.
- Diener ED, assessing subjective well-being: progress and opportunities, Social Indicators Research 1994, Volume 31, Issue 2 : 103-157.

- Defensor de la Ciudadanía de la Provincia de Córdoba. Guía de Atención Urgente sobre Enfermedad Mental. Córdoba; 2010.
- Elosua P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores, Revista Española de Geriatría y Gerontología.2009.
- Expósito O. Estrategia de Participación con Enfoque axiológico para el Adulto Mayor en la Comunidad. [Tesis Doctoral] Holguín: Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya”; 2009.
- Fernández A. Modelo tetradimensional clínico y neurobiológico del Síndrome Depresivo. Rev Neuropsiquiatría 71(1-4), 2008.
- García M.A. Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Revista Digital, Buenos Aires, Año 8, N° 48, 2002.
- García J.J. Hacia un Nuevo Sistema de Indicadores de Bienestar. Revista Internacional de Estadística y Geografía. Vol. 2 Núm.1; 2011.
- Gómez A. La Depresión en el Anciano. Clínica y Tratamiento, Vol 26 núm 9 Octubre 2007.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Análisis. Revista Coyuntural. 5ª ed. Ecuador; 2012.
- Lépine, J.-P, Gastpar, M.; Mendlewicz, J.; Tylee. A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psychopharmacology, Vol 12(1), Jan 1997, 19-29.
- Martínez J, ET AL. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM Vol. 12- Num 10-Diciembre 2002.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de Igualdad para adultos mayores, 2012-2013.
- Meléndez J, Tomás J, Navarro E. Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Revista Española de Geriatría Gerontológica. 2008;43(2):90-5
- Ministerio de inclusión económica y social de la República del Ecuador. Avance en el cumplimiento de los Derechos de las personas Adultas Mayores. 2012.

- Morales F. Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología Tomo I. Depresión en el Adulto Mayor. Editorial Universidad Estatal a Distancia, 2007;135-145
- Moreno E, Mariana J. El tratamiento de los Problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Mental Vol. 35, No. 4,2012; 35:315-328.
- Nance D. Depresión en el Adulto Mayor. Una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría, 2010; pp. 239-248.
- Navarro S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx Vol. 143 No. 2, 2007.
- Navas W. Depresión, el Trastorno Geriátrico más frecuente en la Vejez, Revista Médica de Costa Rica Y Centroamerica LXX (607) 495 – 501; 2013.
- Neugarten B.L, Havighurst R.J, Tobin S.S. The measurement of live Satisfaction, Journal of Gerontology, 1961, Vol. 16, 134 -143
- Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. 2013.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el Mundo, Salud Mental: Nuevos conocimientos y Esperanzas, Ginebra, 2001.
- Rivera A, Montero M. Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. Salud Mental Vol. 31, No. 6, 2008; 31:461-468.
- Sánchez S, et. Al. Estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS del suroeste de la Ciudad de México. Revista de Investigación Clínica, Vol. 65, Núm. 2, 2013; pp 165-173
- Satorres Pons E. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2013.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Depresión y Ansiedad. Guía de buena práctica clínica en Geriátría. 2004.
- Torres Y, Montoya I. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1997.
- Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.

- Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2007;68(3)
- Waters W, Gallegos C. Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena. Ecuador, 2012.

LINKOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Depression 2014-[acceso 11 de Enero 2014]
Disponible en: <http://www.psychiatry.org/depression>
- Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador; 2008 [acceso 11 de Noviembre 2013] Disponible en <http://www.efemerides.ec/1/cons/>
- Beaman P, Reyes S, García C, Cortés A. Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. La salud del adulto mayor [Revista en internet] 2004. [acceso 7 de Febrero 2014] pp. 117-138.
Disponible en:
<http://www.bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf>.
- Chande R, Gutiérrez L. Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México SABE 2000. Organización Panamericana de la salud. [Publicación científica y técnica N. 608) 2005. [acceso 7 de Febrero 2014] 32 – 37. Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=844>
- Organización Mundial de la Salud. [base de datos en internet]. Envejecimiento-[citado 15 Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Polo M. [base de datos en internet]. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano-[citado 29 Noviembre 2013] Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina02/Tema8.html
- Reyes C, Camacho M, Eschbach K. El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. Colombia Médica [Revista en

internet] 2006. [acceso 7 de Febrero 2014] 37, 45-49. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=585783&indexSearch=ID&lang=e>.

- Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. México; Secretaria de Salud 2011
- Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica [Revista en internet] 2012 Julio. [acceso 7 de Febrero 2014]; 30(2), 23-29. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082012000200002.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS

- **SCIELO** García M. [Base de datos en línea]. El Enfrentamiento y el Conflicto: Factores que intervienen en la Depresión. México: Acta de investigación psicológica; 2011. [citado 10 de Abril 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300004&lng=es&nrm=iso
- **SCIELO** López MI. [Base de datos en línea]. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Madrid: Anales de Medicina Interna; 2007. [citado 11 de Abril 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000500001>
- **SCIELO** Rodríguez L, Sotolongo O, Luberta G, Calvo M. [Base de datos en línea]. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol.29; 2013. [citado 8 de Abril 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es&nrm=iso

- **SCIELO** Tabueña M. [Base de datos en línea]. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Madrid: Intervención Psicosocial; 2006. [citado 10 de Abril 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592006000300003>
- **SCIELO** Vázquez F, Blanco V, Torres Á. [Base de datos en línea]. La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. Murcia: Anales de Psicología; 2014. [citado 9 de Abril 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.138931>
- **SCIELO** Chong A. [Base de datos en línea]. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral; 2012. [citado 9 de Abril 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es&nrm=iso
- **SCIELO** Pérez V, Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral; 2008. [citado 8 de Abril 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es&nrm=iso

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado

Proyecto: EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

Me dirijo a Ud. cordialmente Señor/ra estoy desarrollando un proyecto como tema de tesis de la Carrera de Medicina para lo cual solicito su colaboración, aunque los beneficios a obtener no sean a corto plazo, mediante este y otros trabajos se sentarán bases para proveer una mejor comprensión de la problemática y vulnerabilidad del adulto mayor, para mejorar y enfocar la calidad de la atención en salud al usuario acorde sus prioridades. Pero para ello es necesario que usted esté de acuerdo en participar en esta investigación, respondiendo en forma anónima a 3 encuestas que le serán aplicadas.

Gracias anticipadas.

Firma

ANEXO 2. Formulario para recolección de datos sobre factores sociodemográficos y estado de salud

SEXO:	Femenino__	Masculino__
EDAD:	65-75 años __	>75 años __
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	Analfabeta __	Secundaria __
	Primaria __	Superior __
ESTADO CIVIL:	Soltera/o__	Casada/o __
	Divorciado/a__	Viudo/a__
	Unión libre__	
ACTIVIDAD LABORAL:	Ninguna __	Otros (agricultor, comerciante, profesor, etc)__
	No Jubilado __	Jubilado __
INDEPENDENCIA ECONÓMICA:	SI__	NO__
ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA:	Muy buena__	Buena__
	Regular__	Mala__
PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS:	como diabetes, hipertensión, artrosis, problemas cardíacos, respiratorios, cáncer, etc	
	SI__	NO__
ABUSO DE SUSTANCIAS:	como alcohol, tabaco.	
	SI__	NO__
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:	Nunca__	Siempre__
		A veces__
APOYO SOCIO-FAMILIAR PERCIBIDO:	Apoyo Familiar o Institucional: SI__ NO__	

Elaborado por: Investigador

ANEXO 3. Escala de Depresión Geriátrica de Sheikh y Yesavage abreviada

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

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 5 Normal
- 6-9 Depresión Leve
- >10 Depresión moderada o establecida

ANEXO 4 Sobre bienestar en el Adulto Mayor

Escala de Bienestar de Ryff

	Totalmente de acuerdo (SI)	Algo de acuerdo (TALVÉS)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (NO SÉ)	En desacuerdo (NO)
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas				
2. A menudo me siento bien porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones				
3. Expreso mis opiniones, incluso cuando son opuestas a la mayoría de la gente				
4. No me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida				
5. No es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga				
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad				
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo				
8. Tengo muchas personas que quieran escucharme				
9. No tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí				
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante				

	Totalmente de acuerdo (SI)	Algo de acuerdo (TALVÉS)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (NO SÉ)	En desacuerdo (NO)
11.He construido un hogar y un modo de vida a mi gusto				
12.Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo				
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría				
14.Siento que mis amistades me aportan muchas cosas				
15. No tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones				
16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo				
17.Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro				
18.Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí				
19.Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad				
20. La mayor parte de las personas no tienen más amigos que yo				
21.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al resto				

	Totalmente de acuerdo (SI)	Algo de acuerdo (TALVÉS)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (NO SÉ)	En desacuerdo (NO)
22. Las demandas de la vida diaria a menudo no me deprimen				
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida				
24. Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo				
25. En muchos aspectos, no me siento decepcionado de mis logros en la vida				
26. He experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza				
27. No es difícil para mí expresar mis opiniones en asuntos polémicos				
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida				
29. Tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida				
30. Sigo intentando hacer grandes mejoras o cambios en mi vida desde hace mucho tiempo				
31. Me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo				
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí				
33. No cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo				

	Totalmente de acuerdo (SI)	Algo de acuerdo (TALVÉS)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (NO SÉ)	En desacuerdo (NO)
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada				
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo				
36. Realmente con los años he mejorado mucho como persona				
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona				
38. La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento				
39. Si me sintiera infeliz con mi vida daría tratamiento a cambiarla				

1. Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31.
2. Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32.
3. Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, 33.
4. Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, 39.
5. Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, 38.
6. Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23, 29.