



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSTGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Factores Psicosociales Asociados a la Depresión en Adultos
Mayores en el Centro de Especialidades Balzar**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORA:

Carranza Velásquez Omayra Vanessa (ORCID: 0000-0003-2692-9689)

ASESORA:

Dra. Linares Purisaca Geovana Elizabeth (ORCID: 0000-0002-0950-7954)

Línea de investigación:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

PIURA - PERÚ

2020

Dedicatoria

Quiero agradecer a Dios quien me ha guiado dándome bienestar y voluntad para seguir formándome, crecer como persona además de también a nivel profesional.

A mis seres queridos por todo su apoyo incondicional, comprensión en esta etapa, por sus consejos que fueron de mucha ayuda y sobre todo por acompañarme en cada instante.

A mis docentes quienes me han brindado su conocimiento y vocación para lograr la excelencia.

Agradecimiento

A la universidad que me permitió ser parte de la familia César Vallejo, así como también a los distintos docentes académicos por sus conocimientos, experiencia y estimulación a ser mejor profesional.

A la Dra. Geovana Linares por el acompañamiento en este proceso. Al director del Centro de Especialidades Balzar por el apoyo para realizar este trabajo que contribuye a mi formación.

También a todos aquellos que me apoyan y motivaron a culminar esta gran etapa de crecimiento profesional y personal.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	1
II. Marco Teórico	22
III. Resultados	33
IV. Discusión	70
V. Conclusión	77
VI. Recomendaciones	78
Referencias	79

Índice de tablas

Tabla N°1 Nivel de depresión.....	33
Tabla N°2 Género	34
Tabla N°3 Grados de Depresión	35
Tabla N°4 Factores Psicológicos asociados a depresión	36
Tabla N°5 Factores Sociales asociados a Depresión	37
Tabla N°6 Factores Biológicos asociados a la depresión	38
Tabla N°7 Satisfacción con la vida.....	39
Tabla N°8 Suspensión de actividades	40
Tabla N°9 Sensación de vacío	41
Tabla N°10 Sensación de aburrimiento	42
Tabla N°11 Sentido del humor	43
Tabla N°12 Sensación de felicidad	44
Tabla N°13 Preferencias de realizar actividades recreativas.....	45
Tabla N°14 Problema de memoria.....	46
Tabla N°15 Sensación de sentirse útil de los adultos mayores	47
Tabla N°16 Sensación de miedo de que algo malo le suceda	48
Tabla N°17 Familiar pide más ayuda de la que necesita	49
Tabla N°18 Por el tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted.....	50
Tabla N°19 Se agobia por equilibrar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades.....	51
Tabla N°20 Siente vergüenza por la conducta de su familiar	52
Tabla N°21 Siente enfado cuando está cerca de su familiar	53
Tabla N°22 Cuidar a su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de la familia.....	54
Tabla N°23 Miedo por el futuro de su familiar	55
Tabla N°24 Familiar depende de usted	56
Tabla N°25 Se siente tenso cerca de su familiar.....	57
Tabla N°26 Su salud ha empeorado por cuidar a su familiar.....	58
Tabla N°27 Vida social afectada por tener que cuidar a su familiar	59
Tabla N°28 Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar.....	60
Tabla N°29 Su familiar lo considera como la única persona para cuidarlo	61
Tabla N°30 Los ingresos no son suficientes para los gastos de cuidar a su familiar	62
Tabla N°31 No es capaz de cuidar por más tiempo a su familiar	63
Tabla N°32 Ha perdido el control de su vida desde el comienzo de la enfermedad de su familiar.....	64
Tabla N°33 Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona	65
Tabla N°34 Siente indecisión de qué hacer con su familiar.....	66
Tabla N°35 Debería hacer más por su familiar.....	67
Tabla N°36 Grado de carga que experimenta los familiares	68

Índice de gráficos

Gráfico 1 Nivel de depresión	33
Gráfico 2 Género	34
Gráfico 3 Grados de Depresión.....	35
Gráfico 4 Factores Psicológicos asociados a depresión.....	36
Gráfico 5 Factores Sociales asociados a Depresión.....	37
Gráfico 6 Factores Biológicos asociados a la depresión.....	38
Gráfico 7 Satisfacción con la vida	39
Gráfico 8 Suspensión de actividades.....	40
Gráfico 9 Sensación de vacío	41
Gráfico 10 Sensación de aburrimiento.....	42
Gráfico 11 Sentido del humor.....	43
Gráfico 12 Sensación de felicidad.....	44
Gráfico 13 Preferencias de realizar actividades recreativas	45
Gráfico 14 Problema de memoria	46
Gráfico 15 Sensación de sentirse útil de los adultos mayores.....	47
Gráfico 16 Sensación de miedo de que algo malo le suceda	48
Gráfico 17 Familiar pide más ayuda de la que necesita	49
Gráfico 18 Por el tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted	50
Gráfico 19 Se agobia por equilibrar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades.....	52
Gráfico 20 Siente vergüenza por la conducta de su familiar.....	53
Gráfico 21 Siente enfado cuando está cerca de su familiar.....	53
Gráfico 22 Cuidar a su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de la familia.....	55
Gráfico 23 Miedo por el futuro de su familiar	56
Gráfico 24 Familiar depende de usted.....	57
Gráfico 25 Se siente tenso cerca de su familiar	58
Gráfico 26 Su salud ha empeorado por cuidar a su familiar	59
Gráfico 27 Vida social afectada por tener que cuidar a su familiar.....	60
Gráfico 28 Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar.....	61
Gráfico 29 Su familiar lo considera como la única persona para cuidarlo.....	62
Gráfico 30 Los ingresos no son suficientes para los gastos de cuidar a su familiar .	63
Gráfico 31 No es capaz de cuidar por más tiempo a su familiar.....	64
Gráfico 32 Ha perdido el control de su vida desde el comienzo de la enfermedad de su familiar	65
Gráfico 33 Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona.....	66
Gráfico 34 Siente indecisión de qué hacer con su familiar	67
Gráfico 35 Debería hacer más por su familiar	68
Gráfico 36 Grado de carga que experimenta los familiares.....	69

Resumen

La depresión en el adulto mayor es una patología que si no se toman precauciones disminuye la calidad de vida. El estudio tiene por objetivo determinar factores psicosociales asociados a depresión en adultos mayores del centro de especialidades Balzar, identificar el nivel de depresión, factores psicológicos, sociales, examinar enfermedades crónicas que pueden asociarse a depresión, es de tipo cuantitativo con enfoque descriptivo. La población fue de 150 adultos y la muestra de 109 adultos de ambos sexos con edades de hasta 85años.

Se utilizó como instrumento la escala de depresión geriátrica Yesavage (GDS- 15) está tiene 15 ítems para recolectar información sobre depresión, factores psicológicos y sociales, también se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para medir de maneja subjetiva la opinión del familiar deladulto.

Los resultados obtenidos evidenciaron: que existe en la población depresión en 67%, un 33% no padece la enfermedad, según el género el sexo masculino se ve afectado un 26%, el femenino un 74% siendo las más susceptible.

Se pudo determinar que el cuidador refiere un 64% no cree que cuidar a su familiar represente una sobrecarga, un 14% sobrecarga leve y un 22% sobrecarga intensa. Hay más factores que se pueden asociar a depresión.

Se concluyó que si se encuentran problemas de depresión leve en una población considerable que lo afecta su vida diaria, social y familiar además del estilo de vida los puede condicionar.

Palabras Claves: Adultos mayores, Depresión, Factores psicológicos.

Abstract

Depression in the elderly is a pathology that, if precautions are not taken, reduces the quality of life. The study aims to determine psychosocial factors associated with depression in older adults at the Balzar specialty center, identify the level of depression, psychological and social factors, examine chronic diseases that can be associated with depression, it is quantitative with a descriptive approach. The population consisted of 150 adults and the sample of 109 adults of both sexes with ages up to 85 years.

The Yesavage geriatric depression scale (GDS-15) was used as an instrument, it has 15 items to collect information on depression, psychological and social factors, the Zarit caregiver burden scale was also used to subjectively measure the opinion of the family member of the adult.

The results obtained showed: that there is depression in the population in 67%, 33% do not suffer from the disease, according to gender, the male sex is affected 26%, the female 74% being the most susceptible.

It could be determined that 64% of the caregiver do not believe that caring for their relative represents an overload, 14% mild overload and 22% intense overload. There are more factors that can be associated with depression.

It was concluded that if problems of mild depression are found in a considerable population that affects their daily, social and family life as well as their lifestyle, it can condition them.

Keywords: Older adults, Depression, Psychological factors.

I. INTRODUCCIÓN

“La depresión para la OMS es un trastorno mental habitual, que se por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, problemas del sueño, además del apetito, cansancio así como problemas de concentración” (1). Que se presenta en cualquier etapa del individuo ya que como todo ser humano debido a circunstancias situaciones de la vida son difíciles de asimilar y afrontar puede llevar a la depresión, existen herramientas psicológicas y sociales que ayuden a estabilizar las situaciones. Por otra parte también la depresión se la puede definir como psicosis afectiva donde el estado anímico juega el papel principal caracterizado por infelicidad, tristeza con un leve grado de ansiedad; se disminuye la actividad, se contrasta con tristeza se le puede considerar normal, por eso se puede afirmar que tiene gran impacto la depresión” (2)

En el adulto mayor existe una alta morbilidad, además de sufrir básicamente enfermedades crónicas mentales y se le agregan las físicas, las cuales incrementan de manera avanzada la dependencia. Existe una alta prevalencia en adulto mayor en Ecuador de la depresión de un 39% datos obtenidos mediante la encuesta SABE. La población de los adultos mayores son quienes además de decir población tiene características especiales se dice que cuentan con factores como son todas las patología que pueden sufrir (3).

Se debe tomar en consideración que el ambiente donde se desenvuelve, condición socioeconómica además de calidad demográfica incluyendo ciertos factores; algunos de ellos son trabajo, estado civil, situación sentimental y emocional (3). Todas estas cosas son las que en un momento dado condicionan a los adultos a este padecimiento.

En el adulto mayor la depresión es preocupante, porque además hay que tener en cuenta que los ancianos no son diagnosticados en la mayoría de los casos y se puede pasar desapercibida agudizando el cuadro. El entorno en donde se desenvuelven es un factor clave para esta problemática que cada vez es más común, en muchos casos cuando el entorno está cargado negativamente, entre otras cosas ayudan a instaurar este trastorno que es propicio para que se afecte el individuo.

Se debe enfatizar que en adultos mayores la depresión se puede exhibir de forma engañosa insidiosa, los síntomas se expresan de manera leve; los profesionales del área de salud y los pacientes les cuesta llegar al diagnóstico de entrada, ya que como es una patología que se presenta como engañosa y se suele relacionar con patología cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, hipotiroidismo y diabetes mellitus (4).

Ahora en un adulto mayor no es la excepción ya que son personas un poco más susceptibles y deben cargar consigo el proceso de envejecimiento, es algo natural y por el cual debe pasar cada individuo pero cuando además se está con enfermedades crónicas de base este proceso es un poco más complejo. Todo su entorno es de importancia a la hora de tratar este tema. No es solo hablar del adulto mayor como un ente individual sino su círculo; tales como familiares, sociales, psicológicos, culturales entre otros en conjunto se evalúa ese universo.

Se debe tomar en cuenta estos factores para determinar cualquier enfermedad, son de importancia en el padecimiento y tratamiento. La depresión se presenta como una alteración que se diagnostica de manera oportuna y tratarse por profesionales no especialistas en el área de psicología o psiquiatría de atención primaria si falla se debe acudir al especialista para que la enfermedad no llegue a ser crónica (5)

La OMS asegura que la depresión es una causa primordial a nivel mundial que fomenta la discapacidad, si dice que es un factor importante además de representar una alta morbilidad y carga mundial. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo” (2). Es de relevancia que además con lleva al suicidio en muchos casos por no tener apoyo afectivo, humanitario, psicológico y orientación especializada, se debe recalcar que con diferentes métodos se puede tratar desde terapia individuales, familiares y grupos de apoyo.

Consideran la depresión como un desorden cada vez más habitual en adultos mayores y una de las causas primordiales para dar incapacidad a la población en el mundo, además considera que para el 2020 será la segunda causa de padecimiento en la mayoría de la población (2). Se ha convertido en una enfermedad de alerta mundial debido a quienes se ven afectados, no consideran el padecimiento como enfermedad, existe hoy en día mucha difusión para identificar o detectar signos de alerta en el individuo.

Ahora en adultos mayores por el mismo proceso de envejecimiento puede considerarse normal una fase de depresión esta se puede agudizar en situaciones de separación, pérdida, maltrato y abandono familiar.

La OMS maneja que la depresión representa una carga al igual que las alteraciones a nivel mental dependiendo la intensidad en que se expresan los síntomas y la cantidad de episodios, los episodios depresivos se les permite clasificar desde graves o moderados en casos de interés como en leves más fácil de manejar. Las personas con episodios leves son aquellas que se puede tornar un ligero impedimento para realizar sus actividades cotidianas que van desde lo más habitual, sociales así como el ambiente laboral, sin que estas sean limitadas en su totalidad. En cambio, mientras un acontecimiento grave lo más probable que el sujeto pueda conservar sus actividades cotidianas y presenta grandes impedimentos para realizarlas (6)

En investigaciones sobre la prevalencia epidemiológica de alteraciones depresivas se pudo demostrar, que la patología depresiva mayor (según criterios clásicos de DSMIV) es baja con un 1.8% en la población, la depresión menor representada con un 9.8% y los síntomas subsindrómicos depresivos arrojaron una alta incidencia con un 13.5%, todo esto se le puede vincularse con padecimientos crónicos y estas a su vez en incapacitantes, aunado a estas algunas otras lesiones, que son habituales en la población de adultos mayores pues este grupo suele beneficiarse el doble de la población en lo que refiere asistencia en salud que el resto (2)

Ellos piensan que la valoración de un desorden depresivo en la población de adultos mayores amerita la implementación de métodos que sean rápidos, además de aprobables las características psicométricas, que puedan dar un diagnóstico real para el personal especializado y no especializado de asistencia primaria e integral (7). Se examina en los adultos mayores se afligen con frecuencia de afectación de concentración y memoria (8)

Además, debido a la correlación entre estado de ánimo deprimido y edad avanzada, es muy probable que se evidencia un ascenso en el porcentaje de alteraciones depresivas en los adultos mayores, ya que no suelen darse de manera eficaz un diagnóstico, así como que no reciben la medicación indicada lo cual lleva a complicar el cuadro, progresa con rapidez y agrava otros procesos orgánicos de algunos ciclos vitales(8).

Las patologías neuropsiquiátricas incluyendo a depresión, fueron en España una de las causas principales de discapacidad en el 2010. La correlación entre patologías crónicas, depresión y discapacidad física tiene una importancia con la vejez, de modo que actividad física y patologías crónicas sugieran alto índice de discapacidad y se relaciona una expresión de sintomatología depresiva mayor(9).

Debido a que el estado de salud mental de los adultos mayores del centro de especialidades Balzar, se ha visto alterada de forma muy evidente y no se cuenta con un registro o sub-registro de enfermedades mentales actualizado con patologías como es la depresión entre otras que además de ser de gran utilidad para el personal de salud que labora y trabaja a diario con estos adultos, para sus familiares o cuidadores a la hora de atenderlos para que se pueda tener mayor calidad de atención.

Los adultos mayores en Ecuador van en aumento el índice de según el censo del 2018 fue de 8.96% (INEC 2018), además que se encuentra con un 7.8% de depresión como la primera causa de discapacidad, Ecuador se encuentra entre los cinco países donde se encuentra la depresión con alto índice de discapacidad de la población general. Por estos valores se puede evidenciar que la depresión en los adultos mayores puede tener una alta incidencia y se quiere determinar cuáles pudieran ser los factores predisponentes, porque ya este grupo etario a medida que pasan los años van aumentando su esperanza de vida.

Por lo antes mencionado se considera pertinente seguir evaluando a este grupo etario ya que no se cuentan con mucha información teniendo en cuenta que la salud mental de un individuo puede ser el reflejo de lo que puede proyectar, los adultos mayores pueden padecer de depresión debido a múltiples factores que se encuentran en su entorno habitual, la pérdida o la sensación de abandono, de inconformidad con lo que es su vida o logros alcanzados estos pueden convertir en un alerta pero si el cuidador no cuenta con la orientación e información necesaria puede asociar esos signos a su edad. Y el deterioro una persona por depresión se puede disminuir con las herramientas adecuadas.

Los temas sociales corresponden también, a depresión ya que se vinculan con aislamiento social que suele ser muy notorio en la población geriátrica, mientras que los ancianos que conviven en su entorno familiar el contacto social es diario, y esto se puede traducir a una salud emocional, física y mental que actúa como un

mecanismo de resiliencia para afrontar con facilidad lo que conlleva la edad (9).

La investigación se basa en las siguientes bases teóricas:

Adulto mayor

El término vejez está en desuso recientemente se ha dejado de usar por ser considerado despectivo y denigrante, también ocurre con el término tercera edad. Se ha cambiado el término y ahora se le llama adulto mayor a todas aquellas personas de más de 65 años. En esta etapa de la vida cuando se está más frágil se requiere programas de mayor inclusión es una población que amerita atención, además que vale la pena recordar es la generación que nos dio vida, quienes lucharon y siguen luchando de diferente manera ya que aunado a la edad, se suman enfermedades crónicas que son propicias.

El adulto mayor se le debe tratar por su edad esto no significa que se menosprecie su labor, aquí es cuán útil se les debe hacer sentir, ya que han dado mucho una vida y lo sigue haciendo además que son ejemplo para la nueva generación.

Epidemiología del adulto mayor

“La epidemiología se define como el de determinantes de estados o sucesos y la distribución en características de patologías asociadas con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes, los estudios descriptivos se pueden

utilizar para analizar la distribución, y la vigilancia” (17).

A nivel mundial como en Ecuador también las cifras han aumentado según la OMS las cifras seguirán en ascenso entre un 12% a un 22%, esas cifras son de importancia debido a que en algunos países predomina la población de adultos mayores, partiendo de este punto se deben crear programas de inclusión integral para que siga aportándole a la sociedad y lo importante a que sigan aportan.

Se debe concientizar que la vejez o el tener cierta edad no incapacitan ni limita al ser humano y más cuando se vive en una sociedad que pasa por la modernidad y el mundo de la tecnología, el tiempo juega un papel importante ya que prácticamente se vive en una lucha constante contra el tiempo en un abrir y cerrar se pasarápido.

Es allí en donde el sistema con programas de diferentes tipo; ayuda aceptar y afrontar la etapa que para muchos suele ser difícil. Experimentan cambios desde los psicológicos, sociales y físicos, la calidad de vida no siempre aumenta la esperanza de vida pero si ayuda atenuar los síntomas y sensaciones que llegan a producirse. El rol de la familia es importante para el bienestar psicología la interacción con su medio ambiente de manera libre sin preocuparse demás.

La etapa de adulto mayor para algunos representa una tarea un tanto agotadora y de infelicidad, inconformidad, insatisfacción con la vida, no en todos pero si en un grupo; este tipo de actitudes son las que dan señales de alerta ya que esto da muchos indicios; la edad avanzada no implica dejar de hacer menos sin duda si condiciona otras cosas, pero no quiere dar pie a predisposiciones. Importante recalcar que es etapa donde se está más susceptible emocionalmente y psicológicamente, eso puedo jugar a favor o en contra.

En esta etapa se presentan muchos cambios que pueden predisponer o favorecer, dependerá de cada individuo como universo y el entorno que lo rodea. Se debe tener en cuenta que el ser humano tiene la habilidad de adaptarse a los cambios pero no siempre sucede así, por ello es que con los adultos mayores se tiene un trato distinto, preferencial con el entorno y sus relaciones, es quien en muchos casos representan vital importancia. Van a evidenciarse cambios desde el ámbito biológico, psicológico y social.

Por como se dice que la sociedad presenta una opinión de lo que es ser adulto, y la forma que debe relacionarse con sus iguales dentro de esta, lo que crea un estigma de como en cómo se debe definir una persona ⁽¹⁹⁾; durante la vejez acontece una serie de factores interrelacionados que tiene una importancia en el incremento de los cambios psicológicos durante esta etapa.

El ámbito psicológico parece menos evidente que el biológico. La multitud de procesos cognitivos como la inteligencia, la memoria o las habilidades manuales se reducen con la edad, pero no de manera significativa hasta etapas muy tardías. En los adultos mayores puede ser la etapa más cuestionable a la hora de realizar ciertas actividades donde evidencian el cambio y en muchos casos es donde empiezan los problemas. El deterioro psicológico parece estar más relacionado con la sociedad, el estilo de vida y la personalidad donde se vive que con la edad cronológica.

Depresión

“Se considera una alteración psiquiátrica que cada vez es habitual en edad avanzada, y se caracteriza principalmente por las limitaciones ⁽²¹⁾ Si bien no es la regla que solo se da en grupos de edad avanzada se debe tener en consideración que la población en general independiente de la edad puede presentarla, asociado una tasa de

discapacidad funcional y mortalidad ⁽⁹⁾. Se le puede definir también como una alteración afectiva muy frecuente en personas de 60 años en adelante ⁽²²⁾, Se dice que esta enfermedad es muy relevante en la actualidad, al igual que su efecto a nivel global y esto es debido a su incremento ⁽²⁾ pero se incrementa de en el sexo femenino supervalencia.

“El cuadro clínico y las condiciones sociodemográficas relacionadas a esta y la adultez, indica que mientras más edad se es susceptible por lo que se denomina un factor controvertido, ya que, es evidente que el riesgo es cada vez mayor pero no se puede dejar de lado que existen también enfermedades que exacerbaban en muchos casos este problema ⁽²³⁾. “Debido a que existe un interés por la depresión y la salud física, se evalúa la prevalencia de las diferentes patología que suelen presentarse asociadas a la depresión como lo son hipercolesterolemia, diabetes mellitus, artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis e infarto”⁽⁹⁾.

Se debe tomar en cuenta los cambios conductuales y anímicos de una persona mayor debido a que la sintomatología puede ser muy evidente pero n la mayoría de los casos se le asocia a los cambios por edad, tener en cuenta el conocimiento e información que se maneja, este tema cada día cobra importancia debido al estilo de vida que lleva la sociedad moderna.

Síntomas

La depresión tiene muchos síntomas, incluso físicos: estado anímico, constante sensación de ansiedad, tristeza, perdida de interés, autoestima muy baja, fatiga a pequeños esfuerzos, sensación de vacío, poca comunicación o ninguna con su entorno, insatisfacción personal que por la edad no alcanzo todas sus metas, miedo a lo que le pueda pasar, sensación de no haber hecho lo suficiente por la familia, culpa

por la condición que se encuentra, limitaciones con la concentración y memoria, dolores y molestias físicas, Como dolor de cabeza , cambios en el apetito o el peso, pensamientos sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio, sentirse inquieto o irritable, problemas para dormir, recordar detalles o tomar decisiones, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado, sin proponérselos, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente y que no se alivian ni siquiera con tratamiento⁽²⁴⁾.

Grados de depresión

Depresión Leve: se le considera la más común, los síntomas que suelen presentar estas personas son baja autoestima, existe un poco de limitación de sus actividades sin llegar a incapacitarlos completamente pero las labores habituales que solía realizar requieren más esfuerzo que antes, se origina generalmente en aquellas personas que presentan pensamientos negativos sobre sí mismos y la percepción de ellos es mala (25)

Depresión Moderada: se determina mediante sintomatología de la patología suele afectar en gran medida a quien la padece ya que los incapacita totalmente, desde que dejan de realizar labores cotidianas, su perspectiva de ellos es muy mala y por ende los pensamientos negativos, limitación dentro del entorno social y familiar. El individuo se vuelve sensible y susceptible a la sensación de lastima u ofensiva dentro de las relaciones personales (25)

“Existen varios tipos de trastornos depresivos. Dentro de los más frecuentes se encuentran el trastorno distímico y el trastorno depresivo grave. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para comer, disfrutar de las actividades que

antes resultaban placenteras dormir, estudiar, trabajar”(27).

“El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.” (27).

¿Cuáles son los diferentes tipos de depresión?

“Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios” (27).

“Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz” (27).

Relación entre depresión y enfermedades crónicas

“Las patologías crónicas son aquellas que acarrear sorpresa dentro de la sociedad actual tanto como para el ente de fuera y el mismo portador, además vienen factores emocionales y cognitivos como la depresión” Sánchez⁽²⁶⁾

Para las personas que padecen estas enfermedades crónicas no se les torna fácil lidiar con ellas debido a que por esa condición debe estar bajo régimen medico estricto para el control de las mismas, pero experimentan cambios en su estado de ánimo que asocian a la patología que padecen restándole importancia a otra que se suele tornar silenciosa como lo es la depresión.

“Por eso es que cuando hablamos de depresión en grado moderado este produce un elevado nivel de discapacidad ya que se ven afectadas múltiples funciones de la persona que la padece, todo aquello se relaciona con insatisfacción, frustración, todas estas situaciones traen ciertos grados de discapacidad referente a la ejecución de actividades, en el caso de personas que padecen patologías crónicas como enfermedades cardiacas, degenerativas e incapacitante y diabetes” Muñoz, Medina et al⁽²⁷⁾

De la misma manera Villanueva, Casas ⁽²⁸⁾ “sostiene que la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas guarda relación inversa respecto a depresión, esto debido al panorama negativo que proporciona este trastorno mental, por otra parte al ser calidad de vida una forma de bienestar multicausal; en cuanto al estudio que ejecutaron en pacientes con tratamiento a hemodiálisis, se obtuvo que los pacientes presentaban niveles bajos de depresión y altos de calidad de vida” ⁽²⁸⁾

Se puede decir que pacientes con enfermedad crónica que refieren una calidad de vida saludable se infiere que los niveles de depresión serán bajos o leve y viceversa respecto a una mala calidad de vida la depresión progresa amoderada y evidencia relación con la alteración de enfermedades crónicas que agudiza el cuadro.

Asimismo, Roque (29) refiere que la depresión se relaciona con la vitalidad del individuo a mayor presencia de síntomas depresivos menor será su funcionalidad en actividades. Así como también relaciono el nivel de energía y el estado anímico y su funcionalidad frente a eventos que generen desgaste y limitación en el sueño por lo que es evidente que mantendrán disminuidos los niveles de energía(29).

Factores asociados a la depresión en el adulto mayor

Calidad de vida

“La calidad de vida consiste en la forma en la que las personas perciben su posición en la sociedad en la que viven, en relación con sus metas, expectativas, intereses y estilo de vida. El aspecto más importante de la calidad de vida de las personas mayores es la diversidad de necesidad que reclaman y la satisfacción de las mismas” (30)

Este es un concepto que debe analizarse multidimensionalmente, en “la actualidad es un importante competente en la evaluación del resultado del cuidado de la salud que incluye tantas variables físicas, como psicológicas y sociales que proviene de una esfera objetiva y subjetiva” (30)

“La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye” (31) lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas por la percepción de salud.

Actividades y Pasatiempos

“El envejecimiento está asociado con la disminución de las capacidades cognitivas de las personas, y en muchos casos va acompañado de un descenso en la calidad de vida” (32), “para la preservación y desarrollo de la calidad de vida durante la vejez, la práctica de actividad física constituye un aspecto esencial para mantener la salud de las personas”(30).

La población de adultos mayores cada vez más va en ascenso de manera significativa, su aspecto salud va a estar ligado a múltiples factores, dentro de los cuales se encuentra el familiar, el físico y cognitivo; por otro lado, la gran carga de enfermedad le genere más estrés a su entorno.

La actividad física afecta igualmente a la calidad de vida de las personas mayores en tres aspectos psicológicos principales: distracción, autoeficacia y relaciones sociales. En primer lugar la actividad física actúa como una distracción dentro de la cotidianidad y fortalece el estado ánimo. En segundo lugar, la motivación para realizar actividad física supone a su vez un factor esencial para el incremento del autoconcepto, la autoeficacia y la autodeterminación. Por último las actividades físicas permiten la interacción social y la cooperación compartiendo así experiencias con otros(33).

El uso de actividades diarias juega un papel importante en el estado emocional de las

personas mayores, debido a que en esta etapa sus actividades bien sea por su edad, alguna limitación física, enfermedades crónicas incluso su estado de ánimo hacen que disminuya que no se sienta tan útil o capaz físicamente como en su juventud, allí es donde se pretende que intervengan los diferentes programas que se trata de implementar para poder integrarlos a la sociedad de la mejor manera porque muchos se empiezan a aislar.

Estado de ánimo

Algunos psicólogos hacen énfasis en que el estado de ánimo guarda una relación entre dos variables: energía y tensión. Es una sensación relacionada con la energía emocional de cada individuo, dependiendo como este ese equilibrio habitualmente se refiere tener o no ánimo para realizar actividades físicas.

Los duelos y las pérdidas pueden condicionar el estado anímico del ser humano; se debe superar un proceso doloroso, en el duelo se tienen varias fases si para un individuo con estabilidad emocional y condición óptima suele ser traumático. En la etapa de envejecimiento se presenta mayor dificultad para superar cualquier pérdida por muy simple que sea desde el espacio, sensación de confort, incluso las pérdidas humanas.

Rol familiar

“La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo de la vida y los eventos críticos que se pueden presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de la enfermedad” (2), la disfunción familiar coexiste cuando la familia no lleva una dinámica que les permita manejar el estrés, lo

que propicia un grado mayor del síntoma.

El estar en constante carrera contra el reloj es lo que lleva a alterar la salud emocional de un individuo, no se debe alejar de las prioridades importantes seguir aportando de la mejor manera; con actitud, trato para el bienestar de quienes siguen representando la generación de ayer. Sin duda alguna se pretende que el adulto mayor vea el envejecimiento como un proceso natural de cada ser humano con sus habilidades y posibles limitaciones funcionales u orgánicas sin caer en un estado de show de menospreciar lo que aún puede aportar a la humanidad a pesar de sus años.

Muchos estudios hacen hincapié en el rol que tiene la familia en el proceso de envejecimiento no solo por ser la base de cada individuo sino porque desde dentro de ella se puede combatir el gran mal que es la depresión con el cual se debe lidiar diariamente porque muchas veces puede pasar desapercibida pero deja muchas secuelas que deben ser tratadas de manera responsable y con personal capacitado cuando la situación supera al individuo ya que las consecuencias de no ser hablada o tratada muchas veces es lamentable.

La psicología habla de la depresión con una alteración en el equilibrio emocional donde una persona se minimiza, objetiva de manera negativa, se desvalora en todos los aspectos y pierde el sentido de su valor personal; esto cada vez es frecuente pero pocos lo admiten de allí la importancia en la vejez.

Consecuencias de la depresión en los adultos mayores

“La depresión es una patología recurrente que tiene significativos resultados negativos tanto por su alta prevalencia, por sus efectos adversos a la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de una

considerable disminución de su calidad de vida” (34), tiene un impacto mayor en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

Las causas de depresión pueden ser múltiples pero como cada acción tiene una reacción; un estado de alteración emocional lleva a un individuo de no controlar la acción más simple que es la comida, llevarlo a un estado de ansiedad tal, donde no se tiene control de lo que come; es allí cuando se complican las cosas porque no solo es lidiar con la depresión sino con un trastorno que se puede extrapolar en ambos extremos exacerbar la obesidad que por la edad lleva a otro escenario como es problemas de Hipertensión Arterial que a su vez puede llevar a consecuencias de peor pronóstico infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular entre otras cosas.

“Esta enfermedad se suma a otras que se aquejan a los adultos mayores, haciéndolos dependientes de muchos fármacos, y a su vez corren el riesgo de no cumplir con el tratamiento antidepresivo” (35).

También está la otra parte, dejar de consumir proteínas y carbohidratos que colocan en otro escenario desnutrición proteica o calórica según pueda darse el caso, anorexia geriátrica son entre tantas consecuencias que se pueden evidenciar. Por tal motivo la depresión se ha convertido en un problema de salud pública y se pretende poder detectarla desde sus inicios y hacer que la etapa de envejecimiento sea un estado de relajación y descanso que es la percepción que se tiene.

Además, se debe tomar en cuenta que la depresión en Ecuador es la primera causa de discapacidad, pero sin embargo a pesar de los aportes que se pueden dar no hay son las suficientes medidas que se ofrezcan para que esta patología sea diagnosticada de manera oportuna ya que quienes la padecen, niños, adolescentes o adultos les conlleva un proceso y más para su entorno al no entender ciertas conductas que estagenera.

En Ecuador si se cuentan con ciertos estudios pero aún se ameritan más aportes para que esta patología deje de ser un estigma social para quienes la padecen, y aunado a esto la población de adultos mayores no queda fuera de esta atmósfera ya que cuentan con diferentes condicionantes que los lleva a ellos y a su entorno a un ambiente hostil si no se cuenta con la capacitación adecuada para hacerles más llevadera esta y dicha patología.

Los adultos mayores en el país al igual que en el resto del mundo han aumentado su esperanza de vida y por ende hay que tratar de brindarles calidad de vida y es algo muy sencillo que los ayuda a ser más resilientes a la depresión porque sin duda esta no mira etapa de la vida o condición social y si se cuenta con las herramientas esta puede ser diagnosticada y tratada de la forma más adecuada para cada ser humano ya que cada cual es distinto.

En el país se cuentan en ciertos centros de salud planes de integración para que el adulto mayor se logre integrar de manera dinámica y menos traumática en la sociedad y seguir cumpliendo el rol que aún tienen dentro de esta y en su entorno familiar para que deje de pensar que es una carga y no tiene nada que brindar a sus seres queridos. Estos planes que cuentan con talleres van dirigidos al personal de salud que los trata, al cuidador a cargo y al resto del entorno familiar es una dinámica de integración que trata de ser integral es decir cubrir la mayor cantidad de aspectos posibles.

Por ello se hace la siguiente formulación del problema

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar?

La presente investigación está direccionada a conocer los factores psicosociales

asociados a la depresión en adultos mayores del centro de especialidades Balzar, recolectando información que permita establecer herramientas para dar una mejor calidad de vida al adulto mayor en su vejez, debido a que ellos son una población muy susceptible a padecer diversas patologías en especial a depresión, brindar orientación a su cuidador que en muchos casos no saben distinguir ciertas información que son signos de alerta en muchos casos.

Debido a que el estado de salud mental de los adultos mayores del centro se ha visto alterada de forma muy evidente y no se cuenta con un registro o sub-registro de enfermedades mentales como es la depresión entre otras que además de ser de gran utilidad para el personal de salud que labora y trabaja diario con estos adultos, para sus familiares o cuidadores a la hora de atenderlos para que se pueda tener mayor calidad de atención.

Se espera que la investigación tenga un impacto sobre el encargado o cuidador del adulto mayor en las repercusiones de la depresión a esa edad y las opciones que se pueden crear para reforzar los programas impartidos en apoyo a la vejez, para que sea llevada con la mayor dignidad posible, concientizar al entorno la importancia de una buena salud mental. Para ayudar dando a conocer los programas y campañas que existen por organismos estatales, que están al alcance de cada ciudadano de la comunidad.

Este estudio permitirá aportar estrategias que ayuden a que el adulto mayor; se integre a la familia, dar a conocer la importancia de cuidado y atención que se le brinda para que puedan sentirse útil dentro de la sociedad moderna y entorno familiar. Con las distintas actividades cuyo objetivo es lograr la integración en todos los aspectos del adulto mayor y que se sienta útil y satisfecho de sus logros.

Por ello se plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos del Centro de Especialidades Balzar.

Objetivos específicos:

Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar.

Determinar factores psicológicos asociados a depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar.

Determinar factores sociales asociados a depresión en adultos mayores.

Examinar las enfermedades crónicas asociadas a depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar.

II. Marco Teórico

Se cuenta con los siguientes antecedentes Internacionales:

Licas⁽¹⁰⁾ en su tesis **nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.M.J- V.M.T 2014** ⁽¹⁰⁾, de la Universidad Nacional de San Marcos, facultad de medicina, para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería. Investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo y corte transversal, “cuyo objetivo general fue: Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden a un centro de atención integral S.M.J- V.M.T 2014” ⁽¹⁰⁾, cuyas conclusiones fueron:

“Los adultos mayores que son atendido en el centro de atención integral Tayta - Wuasi muestran depresión son síntomas leves, pero además se presenta una minoría con depresión, pero sintomatología que lo clasifica en severa”⁽¹⁰⁾.

“Los adultos mayores donde se evidencio la presencia de depresión leve, correspondió a edades de 65 a 69 años, al igual que un grupo entre 70 a 74 años, lo que indica que lo que condiciona es la avanzada edad no el promedio de estas” ⁽¹⁰⁾.

“Los adultos mayores con capacitación en estudios básicos que acuden al centro de asistencia integral presentaron síntomas de depresión leve y porcentaje menor síntomas de depresión severa” ⁽¹⁰⁾

Sinchire⁽¹¹⁾ en su tesis tesis titulada **factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de**

Villocamboya y Malacotes en el año 2016 de la universidad nacional de Loja, facultad de salud humana, para obtener el grado de médico general. Cuya investigación fue tipo cuantitativa, de diseño descriptivo y transversal, objetivo general fue: Identificar los factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias Villocamboya y Malacotes en el año 2016 para construir un proyecto de prevención y manejo integral de la depresión en los adultos mayores, cuyas conclusiones fueron (11)

“Una vez obtenido los resultados, podemos señalar, que en los adultos mayores que asisten a los centros geriátricos existen problemas depresivos cuyos principales factores de riesgo son, enfermedades degenerativas y dolor crónico como primeros factores seguidos de abandono, falta de apoyo social, familiar y nivel socioeconómico bajo los condiciona aún más” (11).

“En lo que describe el grado de depresión pudimos constatar que en la población mayor que acuden a los centro gerontológicos en su gran mayoría no padecen de no padecen problemas depresivos ya que han creado factores de resiliencia para combatir dicho problema, en cambio un grupo considerable padece problemas depresivos leves que de cierta manera afectan de manera negativamente su vida diaria, y en un pequeño grupo se constató que padecen problemas depresivos graves, problema que cabe destacar necesita intervención urgente” (11).

Ávila (12) en su trabajo **determinantes sociales a la depresión del adulto mayor en el centro de salud de la parroquia san juan cantón gualaceo provincia del Azuay 2015**(12), de la universidad de cuenca, facultad de ciencias médicas, para optar por el título de especialista en medicina familiar y comunitaria. Investigación de tipo cuantitativa, de diseños observacional, analítico y transversal, “cuyo objetivo general fue: Identificar la relación entre depresión y determinantes sociales en el adulto mayor que acude al centro dela salud de la parroquia san juan cantón gualaceo”

(12), cuyas conclusiones fueron:

“Prevaleció la disfuncionalidad familiar moderada con un 56.8% de los casos mientras que la funcionalidad familiar tiene una prevalencia baja con un 8.8%. No se encontró diferencias entre sexo, se halló una tendencia progresiva ascendente con respecto a la edad. La prevalencia de depresión fue de un 9.6% severa y un 44% fue moderada, pero en general la depresión representada un 53.6%.” (12).

“Encontraron relación entre diferentes aspectos conductuales del estilo de vida entre la incidencia de depresión de manera relevante de los participantes relacionados a los hábitos de descanso, el modo de afrontamiento al envejecimiento, y la autonomía personal” (12).

Nacionales:

Mendo (13) en su tesis **disfunción familiar asociada a depresión en el adulto mayor, Hospital Distrital Santa Isabel el Provenir**, de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, para obtener el por el título de Médico Cirujano. Investigación de tipo observacional, de diseño transversal, prospectivo, cuyo objetivo general fue: Determinar la asociación entre la disfunción familiar y la depresión en el adulto mayor, Hospital de especialidades básicas Santa Elena de El Provenir en el distrito de Trujillo en el periodo julio- noviembre del 2016, cuyas conclusiones fueron:

“La frecuencia de disfunción familiar fue mayor en los adultos mayores con depresión” (13).

“La disfunción familiar se asocia como causa de riesgo de depresión” (13).

Montenegro (14) en su tesis **factores psicosociales a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí– Lambayeque 2016**, de la universidad señor de Sipán, facultad de ciencias de la salud, para obtener el grado de Licenciado en Enfermería. Investigación de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal, “cuyo objetivo general fue: Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque – 2016” (14), cuyas conclusiones fueron:

“Se evidencia que en el centro poblado Los Coronados Mochumí, un elevado porcentaje de adultos mayores con estado de salud mental deteriorado, representando con un 45.8% el estado depresivo moderado, y un estado depresivo severo representado por un 37.5%” (14).

“Se evidencia que la autoestima como causa psicológica tiene un elevado nivel de asociación con el estado depresivo que presentan los adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí, encontrándose un valor de $p < 0.05$, así mismo obtuvo como resultado que el 61,1% de los participantes tienen una autoestima en nivel medio” (14).

Baldeón (15) en su tesis **variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017**, de la universidad Ricardo Palma, facultad de medicina humana, para obtener el grado de Médico Cirujano. Investigación de tipo observacional, de diseño transversal, correlacional, cuyo objetivo general fue: Determinar las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en el adulto mayor peruano a partir de la información obtenida mediante la encuesta demográfica

y de salud familiar (ENDES) del año 2017, cuyas conclusiones fueron:

“Se determinó que las variables sociodemográficas relacionados a la depresión en el adulto mayor peruano fueron ser mujer, carecer de educación, ser mayor de 75 años, vivir en zona rural y ser pobre. Se identificó que en los adultos mayores peruano la depresión tiene una incidencia en el año 2017 fue de 14,3% lo que consideramos un porcentaje importante”(15).

“Se establece como un factor de riesgo la edad está asociado en adultos mayores a la depresión en el año 2017. Donde los que tienen una edad mayor de 75 años tiene un riesgo superior de tener depresión” (15).

Reyes (16) en su tesis **depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios Es Amor – San Miguel**, de la Universidad San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la Salud, para obtener el grado de Licenciada en Enfermería. Investigación de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo y transversal, cuyo objetivo general fue: “determinar el nivel de la depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es Amor diciembre 2016” (16), cuyas conclusiones fueron:

“En el adulto mayor según la dimensión satisfacción con la vida y estado de ánimo, el nivel de depresión es leve por lo cual se rechaza la hipótesis planteada” (16).

“El nivel de la depresión en el adulto mayor según la dimensión actividades y pasatiempo, falta de cognición y situación socioeconómica es severa por lo cual se acepta la hipótesis planteada” (16).

III. Métodos

2.1 Tipo y diseño de la investigación

Tipo

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativa debido a que “es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos brincar o eludir pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica, se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas con frecuencia utilizando métodos estadísticos”(36).

Teniendo en cuenta que se evaluara el fenómeno en estudio en su presentación natural sin alteraciones siguiendo esquemas estandarizados y con hipótesis que se encuentran a prueba, mediante la observación y experimentación se trata de probar y fundamentar la investigación. Nos va permitir hacer las diferentes determinaciones de manera exacta de las perspectivas que se pueden observar durante el estudio.

Diseño

El diseño es de tipo descriptivo ya que busca especificar los perfiles de personas o grupos, objetos, las características y las propiedades, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o en conjunto sobre los procesos o las variables que se

refieren, esto es su objetivo no indicar como se relacionan estas⁽³⁶⁾

Esta nos permite dar un diagnostico con certeza de cómo se está comportando la organización al igual si sus campañas de inclusión están cumpliendo con el objetivo para la cual fueron creadas, además de poder recopilar la información de primera mano y en su máxima expresión ya que con esto se puede proporcionar propuesta si fuera el caso para crear propuestas que tengan mejor cobertura de implementación.

2.2 Población, muestra, muestreo

Población

Está representada por 300 adultos mayores de ambos sexos que reciben atención en el Centro de Especialidades Balzar de los cuales 150 presentan en su registro síntomas de depresión.

Muestreo

La población de la investigación está compuesta, por 150 adultos mayores de ambos sexos, participantes activos del Centro Especialidades Balzar se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que este permitió distinguir entre los casos que estaban a la mano y que accedieran a ser incorporados en la investigación pero sobre todo que los componentes, no obedecen a la probabilidad por el contrario las características del estudio son lo esencial considerando ciertos criterios para el estudio.

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q + N e^2}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Nuestra población= 150

Z^2 = Nivel de confianza al 95%= 1.96

P = Probabilidad de ocurrencia

Q = Probabilidad de no ocurrencia

e = Error de muestreo 5%= 0.05

$$\frac{(1,96)^2 (0.5)(0.5)(150)}{(1,96)^2 (0.5)(0.5) + 150(0.05)^2} = 109$$

Muestra

Como nuestro universo es finito para la obtención de la muestra se aplicó el muestreo no probabilístico, es decir aleatorio simple de los que estuvieron de acuerdo en participar de forma voluntaria en el estudio teniendo un total de 109 personas capacitadas para responder el cuestionario.

Criterios de inclusión

Se incluye a los adultos mayores de ambos sexos que asisten al Centro de Especialidades Balzar con participación voluntaria.

Criterios de exclusión

Aquellos adultos mayores que manifiesten no querer ser parte del estudio.

Aquellos adultos mayores donde no sea confiable la aplicación del test debido a hipoacusia severa, demencia senil, alzhéimer o cualquier otro trastorno degenerativo que impida su participación.

2.3 Técnica, instrumento de recolección de datos

Técnica:

Se sostuvo una encuesta con el adulto mayor donde se les aplicó la escala de presión geriátrica (GDS-15) que corresponde al instrumento que se utilizó y recolectar los datos para su posterior análisis.

Instrumento

Se utilizó un instrumento tipo cuestionario corto para valorar la depresión, se empleó la Escala de Depresión geriátrica Yesavage (GDS-15) “constituido por 15 preguntas cortas con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos 15 días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del instrumento” (37) además que de manera indirecta mide los factores que suelen estar asociados en la población en

estudio, debido a que la variable depresión está implícita dentro del contexto del instrumento.

Permiten categorizar en niveles normales, depresión leve o depresión establecida, con variables personales que incluyen aspectos demográficos (Edad, Sexo) e indicadores de depresión que puede presentar el adulto mayor, el cual fue diseñado por Yesavage versión corta de dicho cuestionario en 1986.

Se aplica a los adultos mayores que tienen acceso al Centro de Especialidades Balzar, con el objetivo de obtener información sobre los factores asociados a la depresión, en un periodo de tiempo de 3 meses a partir del mes octubre, consta de 15 preguntas cortas con solo 2 opciones, con la finalidad de recolectar datos para la estructurar la argumentación detesis.

La puntuación del cuestionario va de 1 a 15 puntos; donde el puntaje de 0-5 se estima normal, de 5 a 9 se estima depresión leve; de 10 a 15 depresión moderada.

También se utilizó la Escala de carga del Cuidador (CaregiberBurden Interview) de Zitat esta escala fue diseñada para evaluar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principalmente de los pacientes.Laversión original constaba de 29 ítems y en este estudio se utilizó la más difundida y validada en nuestro medio por Martín, Salvado, Nadal, Mijo, Rico, Lanz y Taussig (1996) consta de 21 ítems. Esto solo para tener conocimiento general y ver la percepción que tienen los adultos mayores en su ambiente familiar (33).

Validez y Confiabilidad:

La sensibilidad de la Escala de Depresión geriátrica (GDS) fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La confiabilidad y validez del instrumento han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84, p < 0.001$) (38).

2.4 Procedimiento

La autora del trabajo de investigación tuvo una entrevista previa con el director del Centro Especialidades Bazar, para exponer el propósito y el objetivo de la investigación, describir el instrumento que se aplicaría y solicitar la colaboración de la institución.

Posteriormente en un periodo de tiempo de Septiembre- Noviembre se aplicó el instrumento a la población en estudio, previo a explicar el cuestionario e informa que dicha participación es voluntaria, anónima, previo consentimiento informado y la importancia de su colaboración y el llenado del cuestionario.

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos son procesados con estadística descriptiva y se presentó en tablas de frecuencias simple y doble entrada. Se utilizó para su análisis estadístico descriptivo y analítico, medidas de tendencia central y estadística inferencial respectiva para el manejo de los resultados.

2.6 Aspectos éticos

Los derechos de adultos mayores que conforman la muestra, fue respetado y protegido por medio del principio de consentimiento informado de la participación voluntaria; aplicación correcta y adecuada del instrumento; por otro lado también se protegió el anonimato ya que los datos fueron procesados en forma agrupada y solo el investigador tuvo acceso al manejo de los resultados.

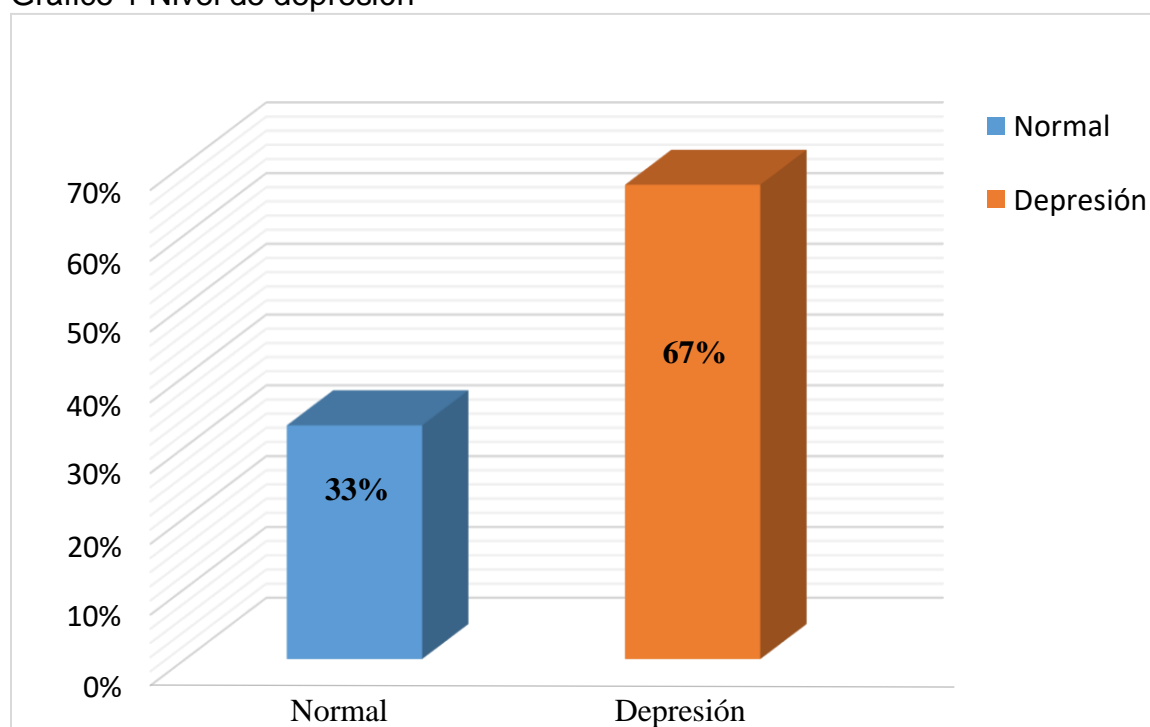
IV. Resultados

Tabla N°1

Nivel de depresión en los adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar

Población	F°	%
Normal	36	33
Depresión	73	67
Total	109	100

Gráfico 1 Nivel de depresión



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Omayra Vanessa Carranza Velásquez

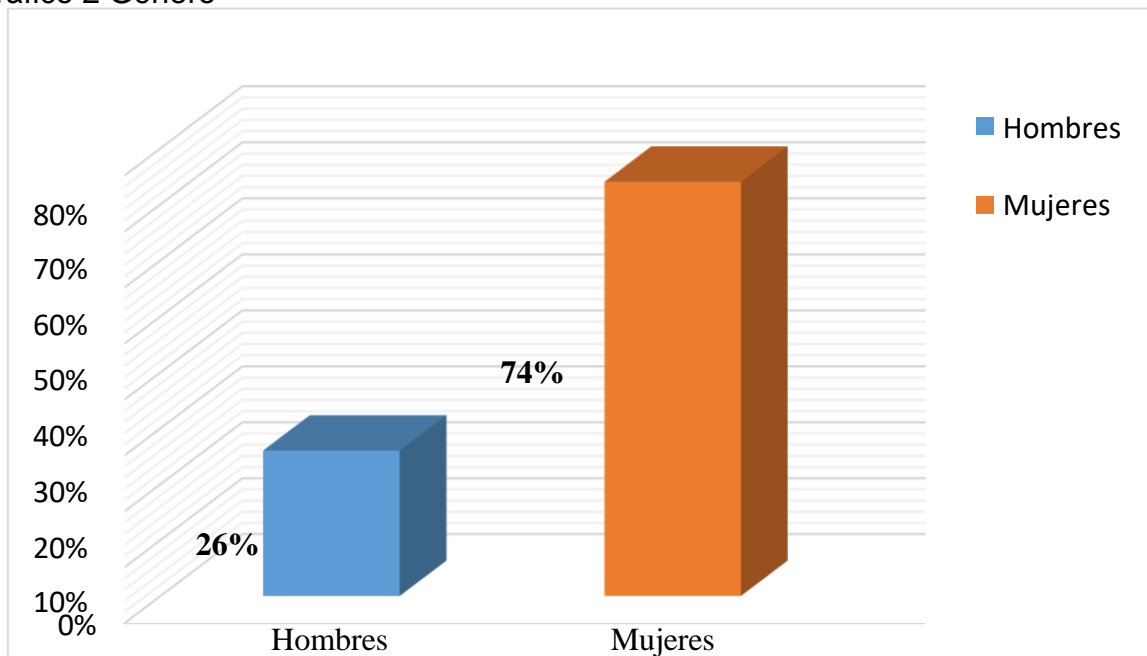
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que existe una población que se ve afectada por depresión representada por un 67% seguida de un 33% representado la población que no padece de depresión.

Tabla N°2

Población de adultos mayores que se ven afectados por la depresión según el género en el centro de especialidades Balzar.

Población	F°	%
Hombres	19	26
Mujeres	54	74
Total	73	100

Gráfico 2 Género



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa

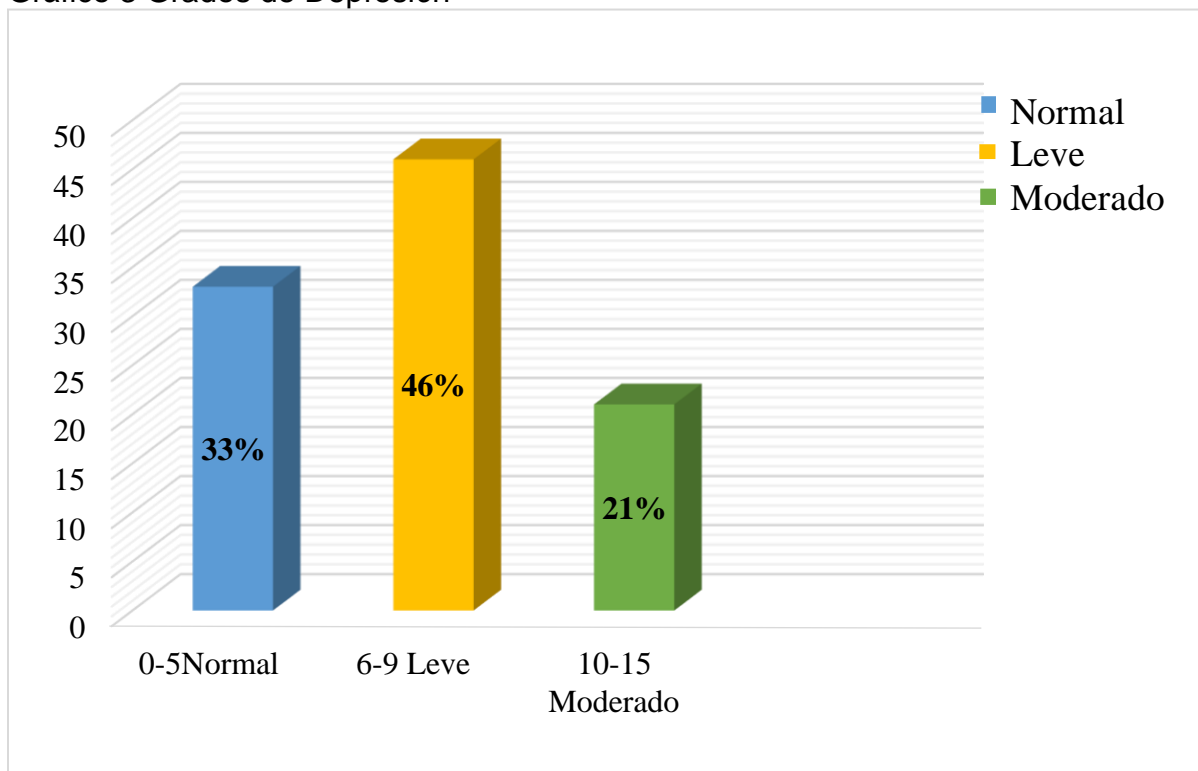
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que la población que padece de depresión según su género la mujer ocupa el primer lugar representado por un 74% mientras que la opción hombre representado por un 26% se ven afectados.

Tabla N°3

Grados de depresión en los adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar

Grados	F°	%
0-5 Normal	36	33
6-9 Leve	50	46
10-15 Moderado	23	21
Total	109	100

Gráfico 3 Grados de Depresión



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

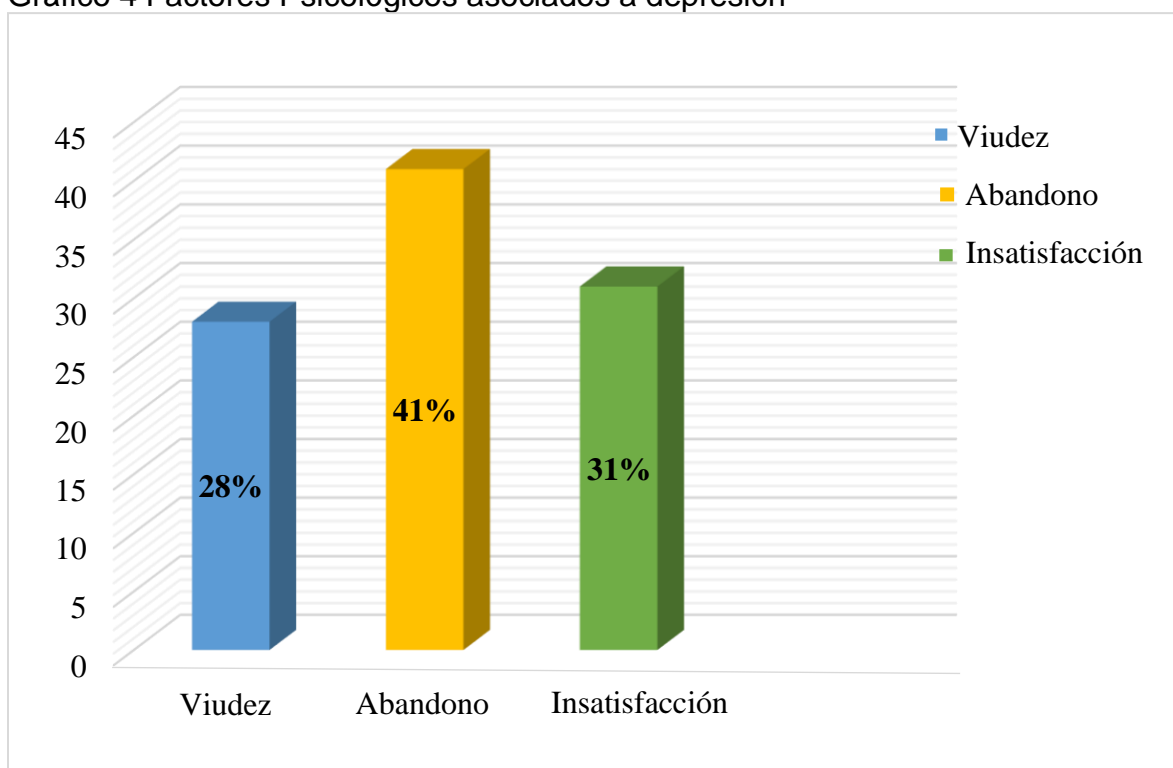
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 46% de los adultos mayores padece de depresión leve, seguida de un 21% que padece de depresión moderada y un 33% de la población con alto nivel de resiliencia para combatir los efectos de depresión.

Tabla N°4

Factores psicológicos asociados a depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar

Factores Psicológicos	F°	%
Viudez	30	28
Abandono	45	41
Insatisfacción	34	31
Total	109	100

Gráfico 4 Factores Psicológicos asociados a depresión



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

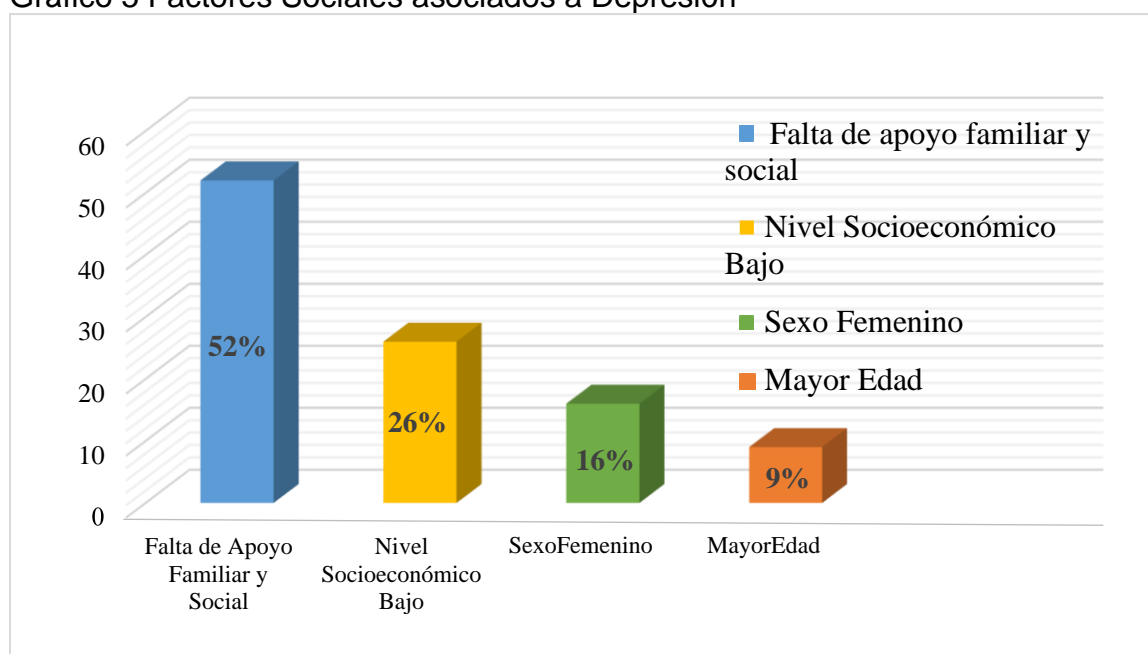
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que dentro de los factores psicológicos que pueden asociarse a depresión el abandono como causa principal representado por un 41%, la opción de la viudez los ha marcado de manera negativa representado por un 28% y por último la opción insatisfacción representado por un 31%.

Tabla N°5

Factores sociales que pueden asociarse a depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar.

Factores Sociales	F°	%
Falta de apoyo familiar y social	57	52
Nivel Socioeconómico Bajo	26	26
Sexo Femenino	16	15
Mayor Edad	10	9
Total	109	100

Gráfico 5 Factores Sociales asociados a Depresión



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

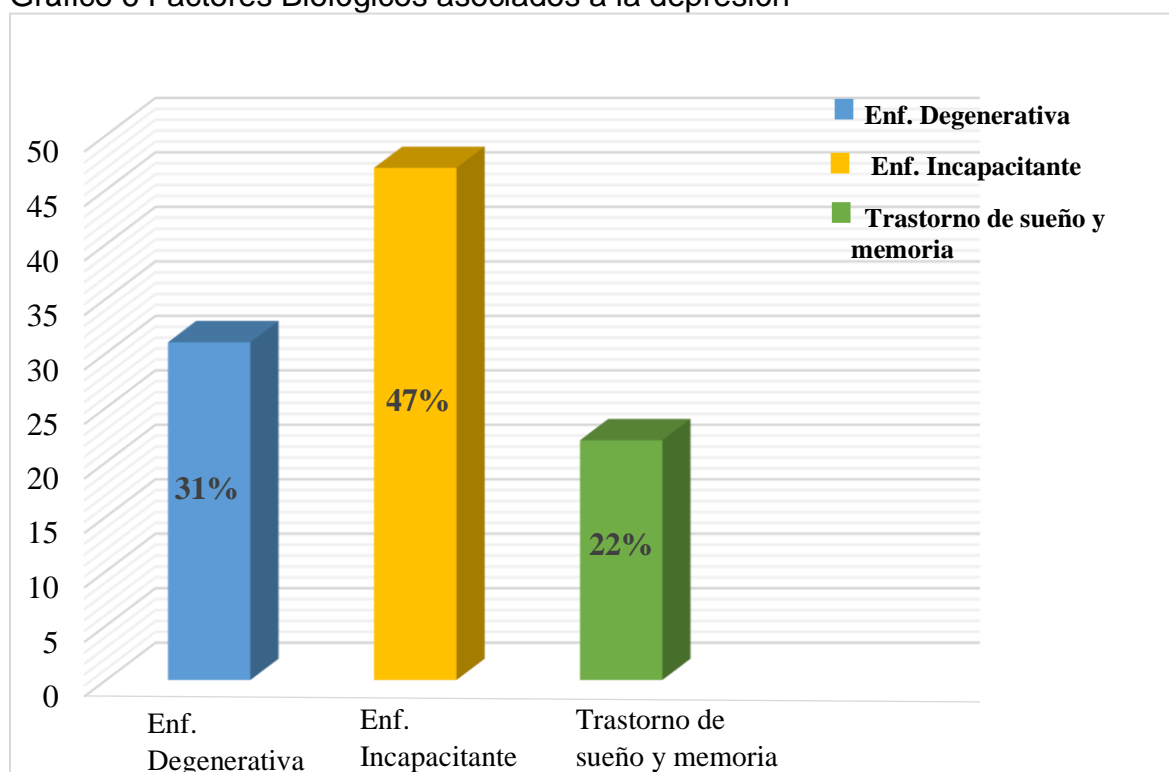
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que, dentro de los factores sociales asociados a depresión, la falta de apoyo familiar y social en primer lugar representado por un 52%, el nivel socioeconómico bajo representado por un 26%, la opción sexo femenino representado por un 15% y por último mayor edad representado por un 9%.

Tabla N°6

Factores biológicos que pueden asociarse a depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar.

Factores Biológicos	F°	%
Enfermedades Degenerativas	34	31
Enfermedades Incapacitantes	51	47
Trastorno de sueño y memoria	24	22
Total	109	100

Gráfico 6 Factores Biológicos asociados a la depresión



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

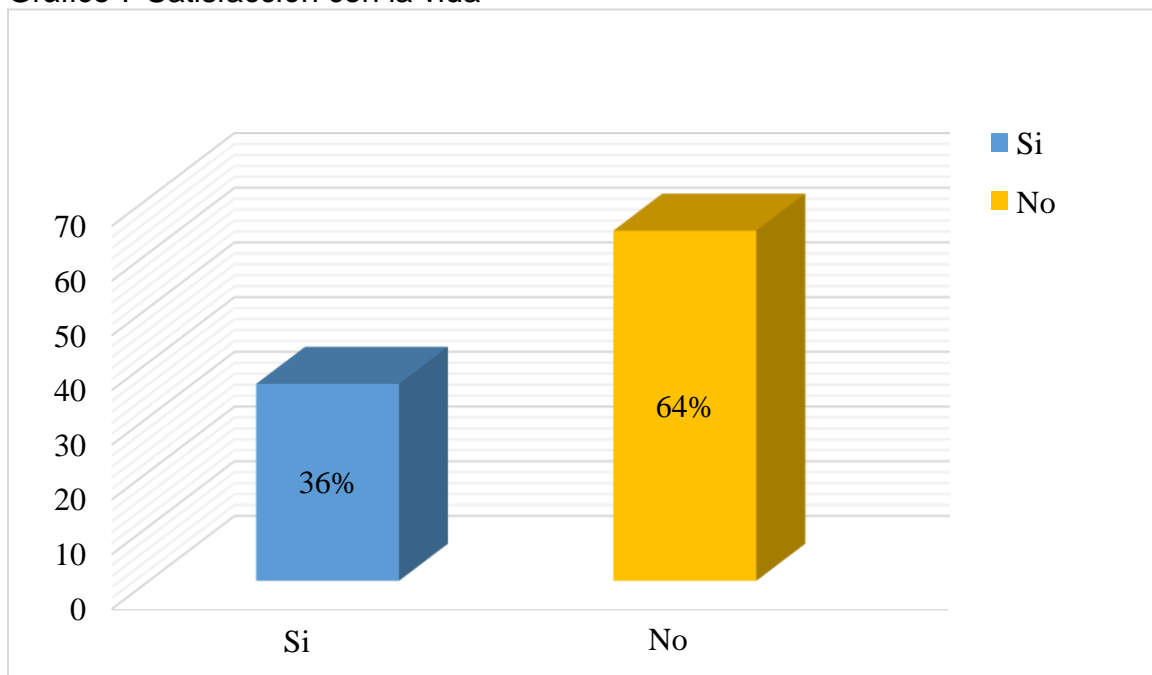
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que dentro de los factores biológicos asociados a depresión; el trastorno de sueño y memoria es la primera causa representado por un 47%, seguida de la opción enfermedades incapacitantes representado por un 47%, y por último la opción enfermedades degenerativas representado por un 31%.

Tabla N°7

Satisfacción con la vida en la población de adultos mayores del centro de especialidades Balzar

Satisfacción con la vida	F°	%
Si	39	36
No	70	64
Total	109	100

Gráfico 7 Satisfacción con la vida



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

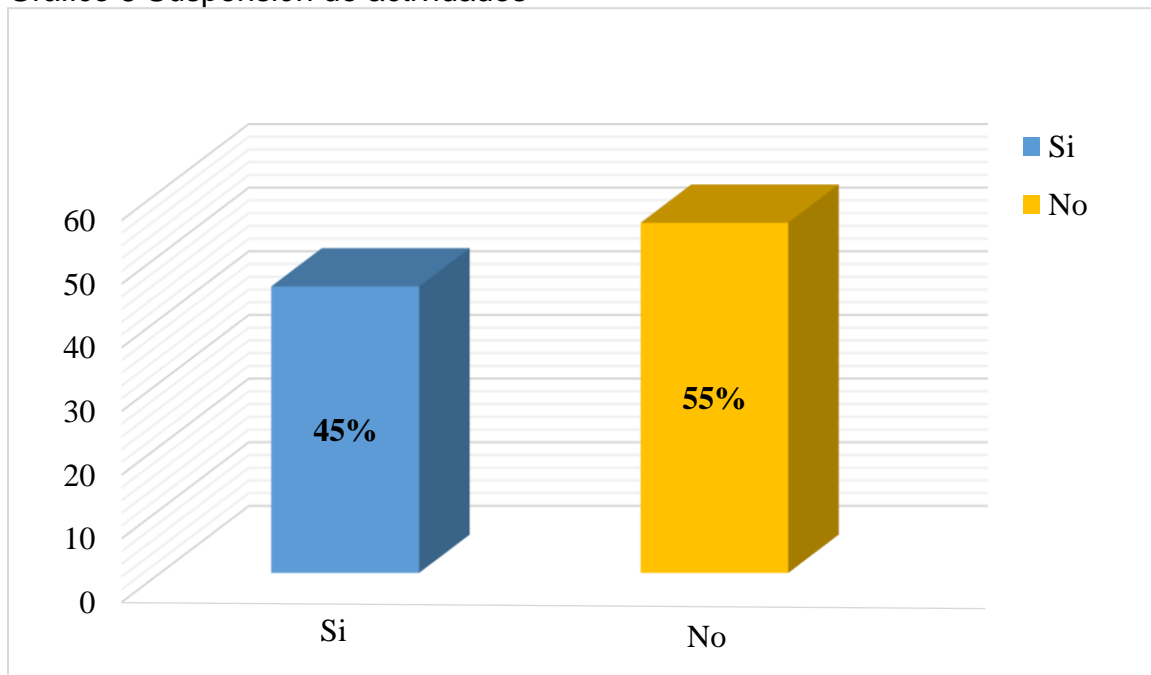
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que dentro del sentido de satisfacción con la vida tenemos que si se sienten satisfecho con lo que han hecho de su vida representado por un 36% y el otro extremo representado por un 64% los que sienten que su vida no es lo que quisieron que fuera.

Tabla N°8

Suspensión de Actividades e interés de los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

Suspende actividades e interés	F°	%
Si	49	45
No	60	55
Total	109	100

Gráfico 8 Suspensión de actividades



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

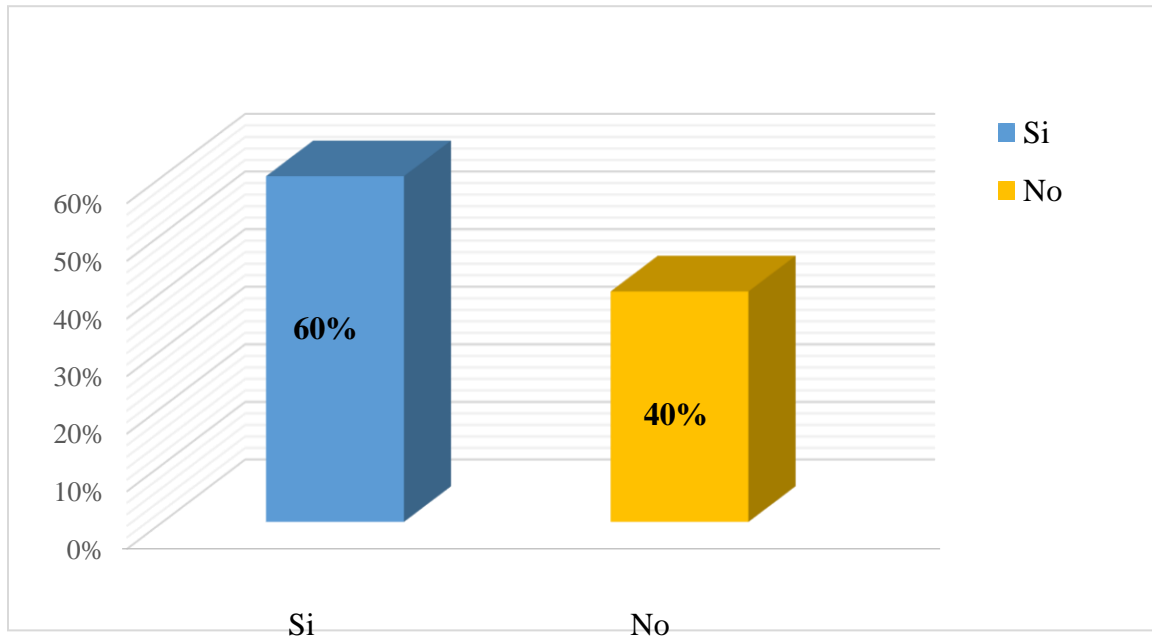
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que las actividades e intereses en el adulto mayor en su mayoría no suspenden sus actividades representado por un 55% y un 45% un porcentaje algo similar reconocen que ha dejado de hacer sus actividades por falta de motivación.

Tabla N°9

Sensación de vacío en la vida de los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

Sensación de vacío	F°	%
Si	65	60
No	44	40
Total	109	100

Gráfico 9 Sensación de vacío



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

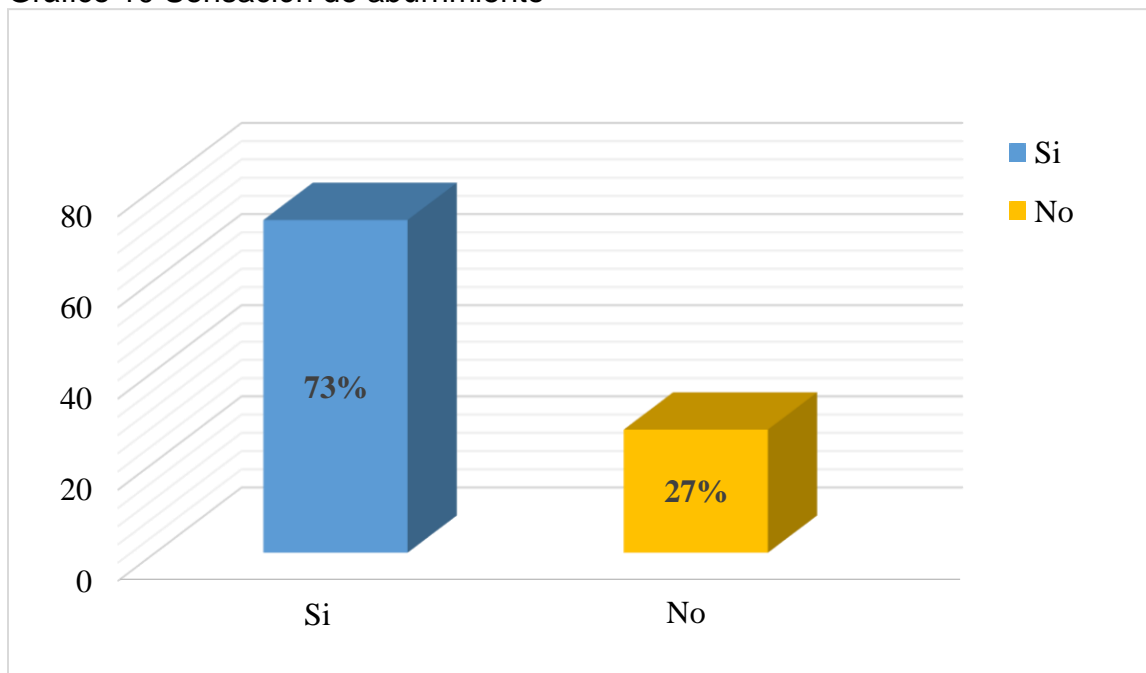
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación sensación de vacío en los adultos mayores en su mayoría siente y piensa que aún le falta algo a su vida o hacer ciertas actividades ocupando el primer lugar representado por un 60% y un porcentaje significativo refieren que no están conforme con su vida pero han hecho todo lo que han podido representada por un 40%.

Tabla N°10

Sensación de Aburrimiento de los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Se Aburre?	F°	%
Si	80	73
No	29	27
Total	109	100

Gráfico 10 Sensación de aburrimiento



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

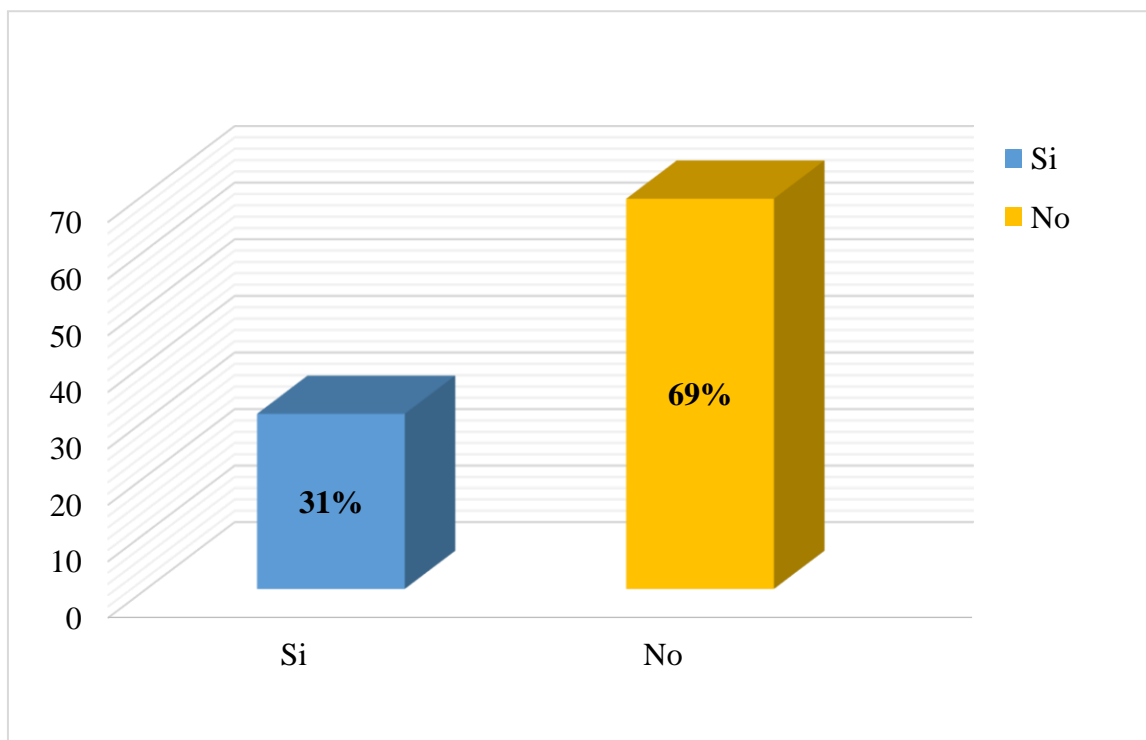
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación sensación de aburrimiento de en los adultos mayores refiere que no pueden por ciertas condiciones hacer actividades que les causan recreación o entretenimiento representado por un 73% y un pequeño porcentaje refieren no tener ganas de hacer ninguna actividad y de allí se refleja que lo compensa con programas que les causan sensación de recreación representado por un 27%.

Tabla N°11

Sentido de Buen humor en los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar.

¿Está de buen humor?	F°	%
Si	34	31
o	75	69
Total	109	100

Gráfico 11 Sentido del humor



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

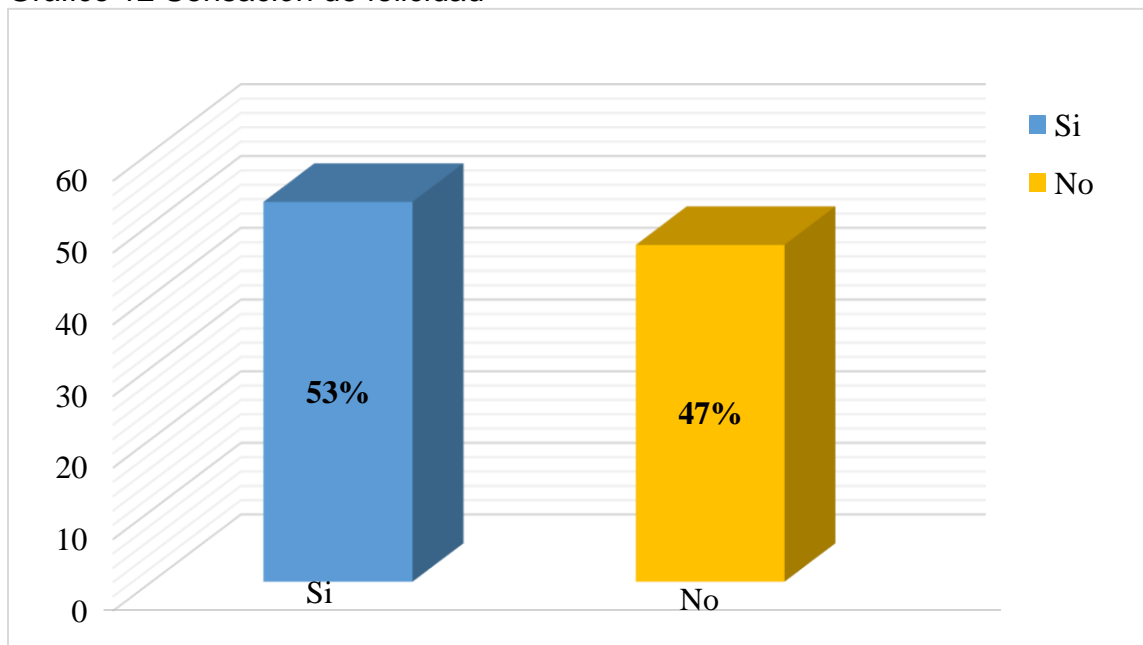
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación en el sentido de buen humor en los adultos mayores ellos consideran no ser tan alegres ocupando el primer lugar representado por un 69% y el otro extremo si piensa son alegres representado por un 31%.

Tabla N°12

Sensación de Felicidad de los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Se siente feliz?	F°	%
Si	58	53
No	51	47
Total	109	100

Gráfico 12 Sensación de felicidad



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

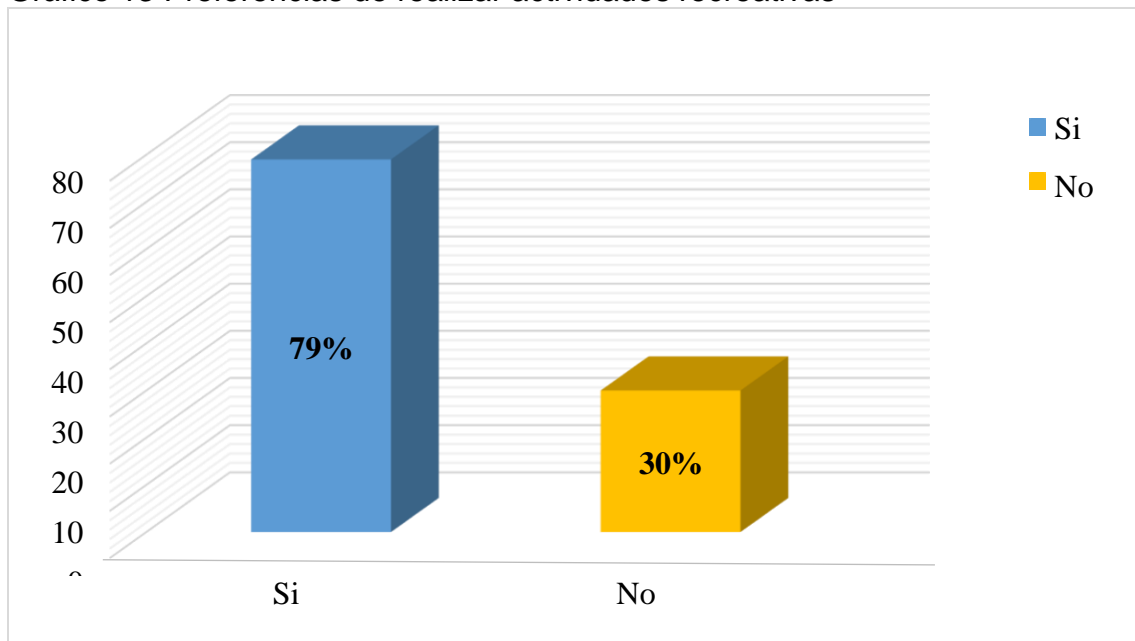
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación la sensación de felicidad en adultos ellos consideran que se siente feliz y eso nos indica que su entorno familiar y social a pesar de lo carente logra esa sensación de plenitud que es bien gratificante para las personas representado por un 53% y por otra parte tenemos que también está la otra parte que necesita atención de calidad no importa el tiempo sino como por 5 min se haga sentir bien a esa persona representado por un 47%.

Tabla N°13

Preferencia de recrearse que tienen los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Realiza actividades Recreativas?	F°	%
Si	79	72
No	30	28
Total	109	100

Gráfico 13 Preferencias de realizar actividades recreativas



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa

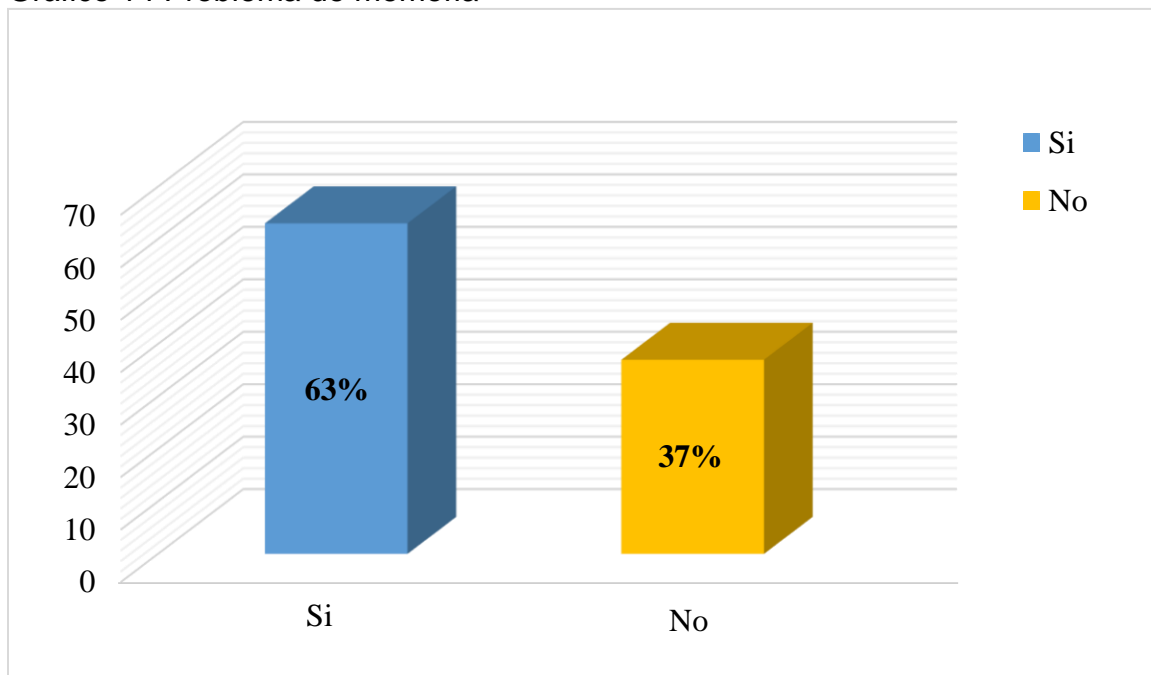
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación los adultos refieren que si les gusta recrearse con diferentes actividades solo que se debe ajustar a sus condiciones médicas y físicas para no agravar sus condiciones de los adultos mayores representado por un 73% y un pequeño porcentaje refieren no realizar actividades porque simplemente no están para eso o no les gusta representado por un 27%.

Tabla N°14

Problemas de memoria de los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Presenta Problemas de Memoria?	F°	%
Si	69	63
No	40	37
Total	109	100

Gráfico 14 Problema de memoria



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

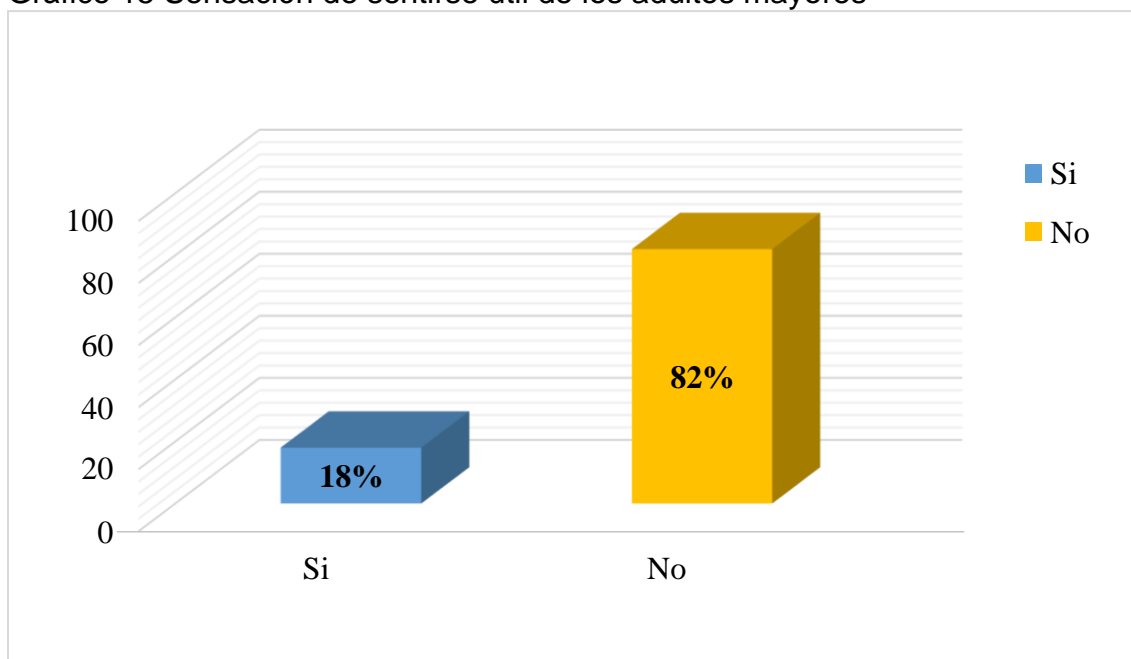
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que los adultos mayores reconocen tener problemas de memoria que consideran normales para su edad ocupando el primer lugar representado por un 63%, al igual que otros que dicen rotundamente que su memoria está bien a pesar de su edad y se niegan a aceptar que en algunos casos es un problema representado por un 37%.

Tabla N°15

Sensación de sentirse útil los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Se sienten útil?	F°	%
Si	19	18
No	90	82
Total	109	100

Gráfico 15 Sensación de sentirse útil de los adultos mayores



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa

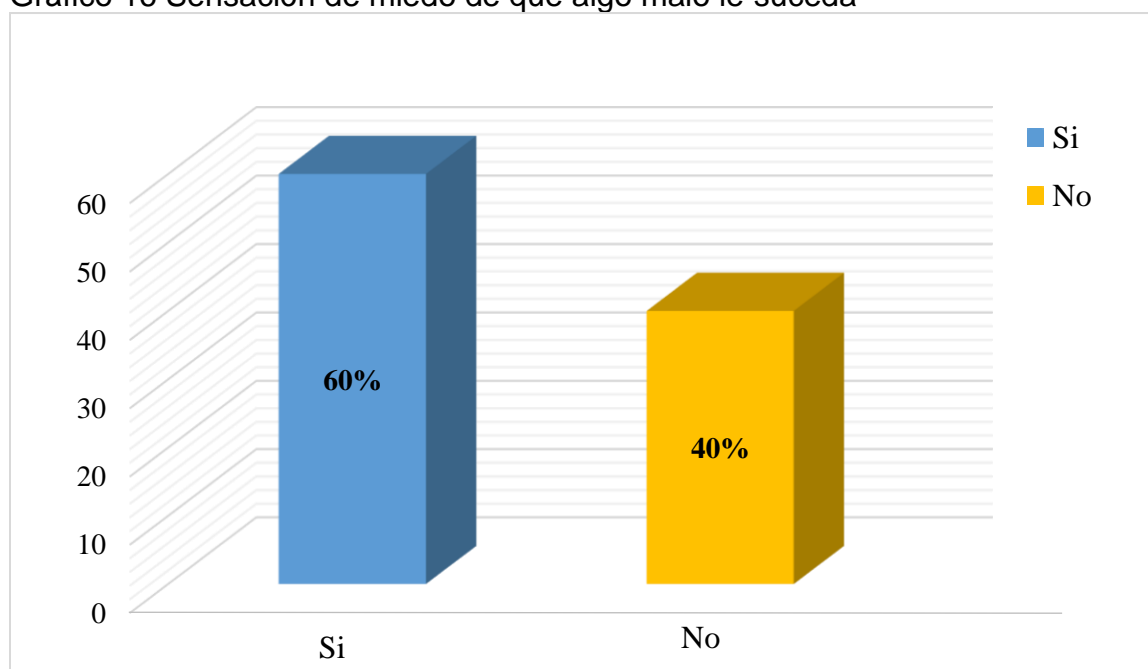
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación sensación de sentirse útil los adultos refieren en un porcentaje muy significativo no sentirse útil por su edad muchos piensan que no pueden ayudar a sus familias en cierta labores simples representado por un 82% y un pequeñísimo porcentaje refieren ayudar en las tareas más simples y les da sensación de utilidad en su entorno representado por un 18%.

Tabla N°16

Sensación de miedo a que algo malo les pueda suceder a los adultos mayores en el centro de especialidades Balzar

¿Siente miedo a que algo malo le suceda?	F°	%
Si	65	60
No	44	40
Total	109	100

Gráfico 16 Sensación de miedo de que algo malo le suceda



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica GDS-15

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

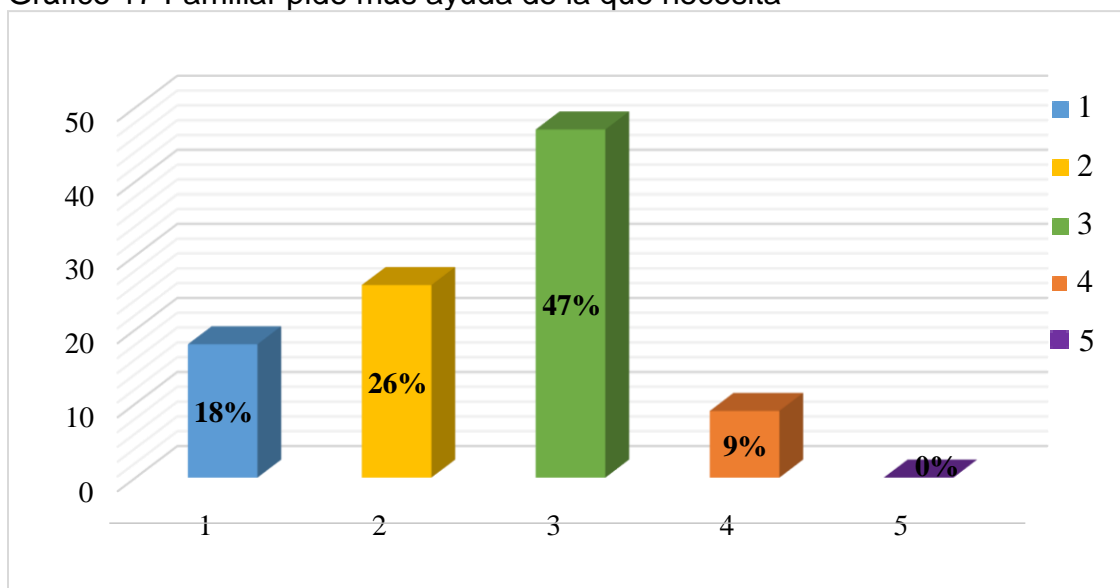
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación los adultos en su gran mayoría sienten miedo de que algo malo les pueda suceder por la sensación de causarle más daño a su familia o ser una carga para ellos representado por un 60% y un pequeño porcentaje algunos no tiene miedo sienten que por ciertas condiciones ya nada les podría sorprender representado por un 40%.

Tabla N°17

Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita, población de familiares de adultos mayores que se ven afectados por la depresión en el centro de especialidades Balzar.

¿Piensa que le piden más ayuda de la necesaria?	F°	%
1: Nunca	20	18
2: Casi nunca	28	26
3: A veces	51	47
4: Frecuentemente	10	9
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 17 Familiar pide más ayuda de la que necesita



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velázquez Omayra Vanessa.

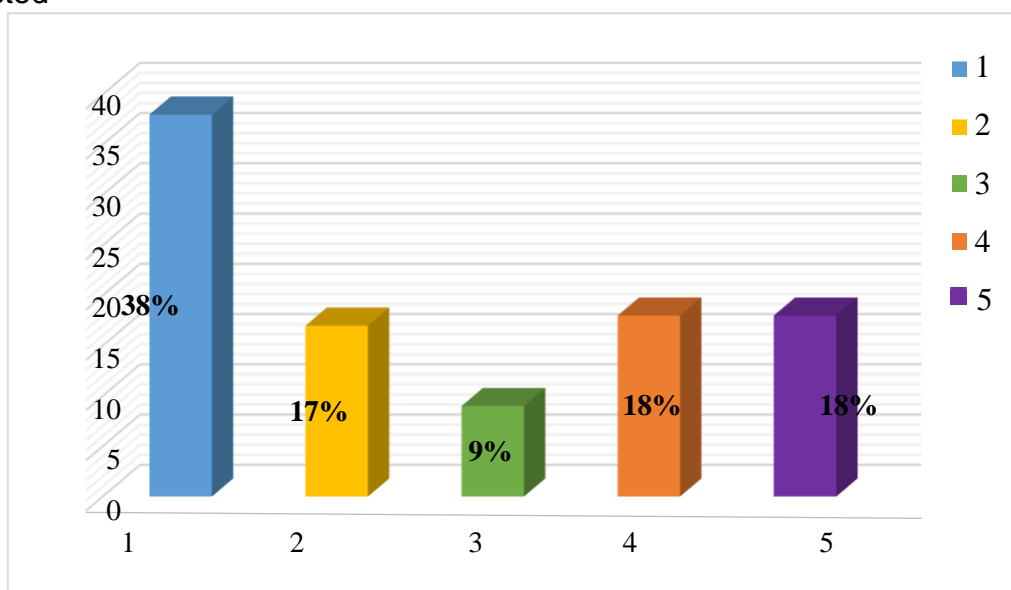
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que el 47% piensa a veces que si les piden ayuda más de la necesaria, un 26% casi nunca piensa que le piden ayuda demasiado, un 18% nunca piensa que le piden ayuda más de lo necesario y solo un 9% frecuentemente piensa que si lo hacen.

Tabla N°18

Piensa que debido al tiempo que le dedica a su familiar enfermo no tiene suficiente tiempo para usted población de familiares de adultos mayores.

¿Por el tiempo que le dedica a su familiar ni tienesuficiente tiempo para usted?	F°	%
1: Nunca	41	38
2: Casi nunca	18	17
3: A veces	10	9
4: Frecuentemente	20	18
5: Casi siempre	20	18
Total	109	100

Gráfico 18 Por el tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

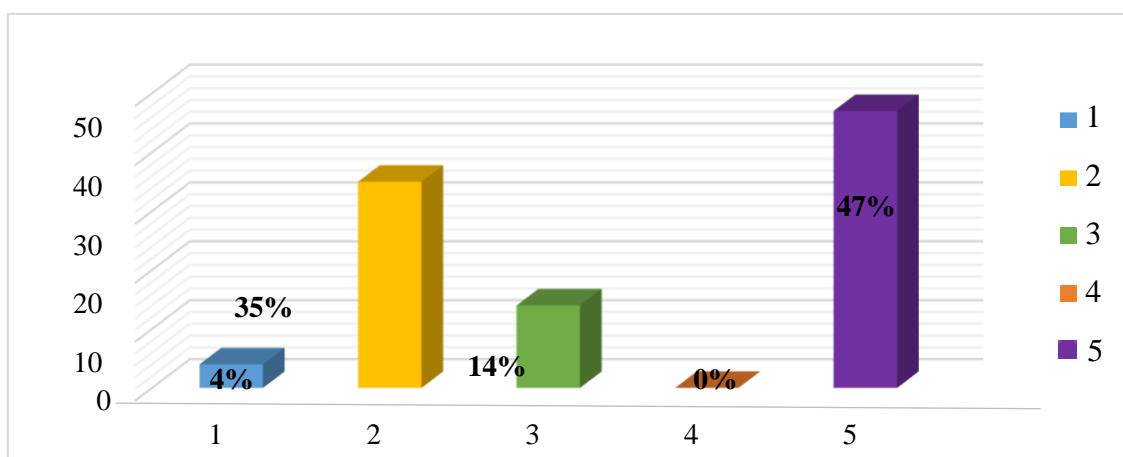
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que un 38% de los familiares que llenaron el test no piensa que el tiempo que dedican a familiares afecte su tiempo, un 18% consideran que frecuentemente y casi siempre con otro 18% el tiempo para ellos se ve disminuido y por último un 9% siente que a veces no logra equilibrar el tiempo que es para él.

Tabla N°19

Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar enfermo con otras responsabilidades, población de familiares de adultos mayores.

¿Siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	F°	%
1: Nunca	5	4
2: Casi nunca	38	35
3: A veces	15	14
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	41	47
Total	109	100

Gráfico 19 Se agobia por equilibrar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

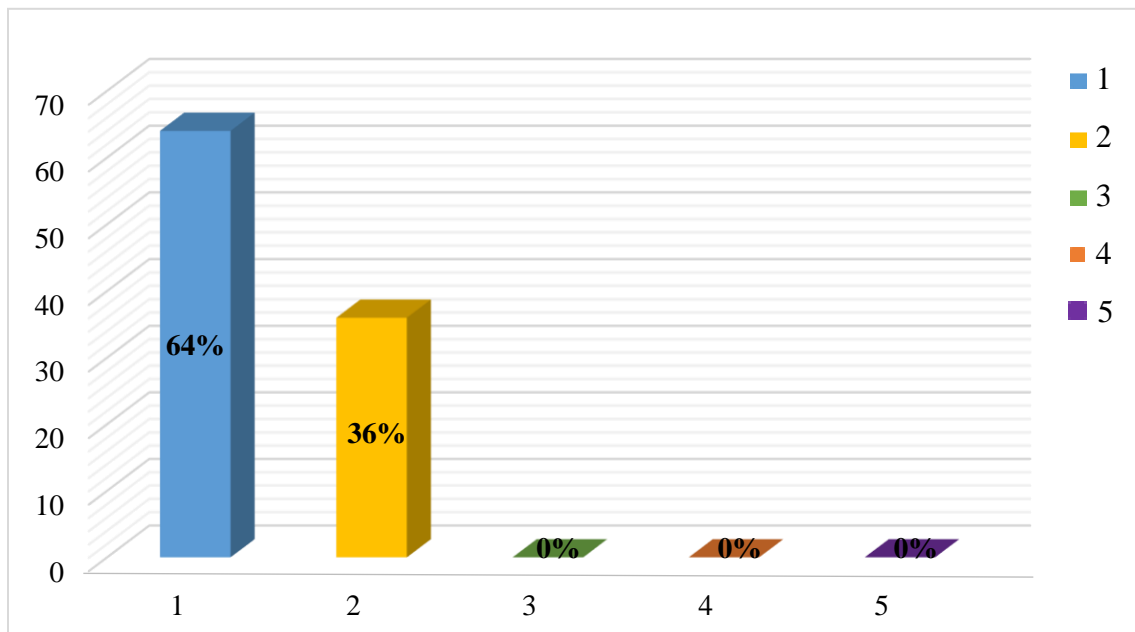
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que un 47% de los cuidadores refieren que casi siempre se sienten estresados por como equilibras las dos cosas, un 35% dice que casi nunca se agobian por eso, un 14% siente que solo a veces se estresa por esa situación y un 4% refiere que eso no sugiere ser un problema para ellos.

Tabla N°20

Siente vergüenza por la conducta de su familiar enfermo, población de familiares de adultos mayores.

¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar??	F°	%
1: Nunca	70	64
2: Casi nunca	39	36
3: A veces	0	0
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 20 Siente vergüenza por la conducta de su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga de cuidador. Test
Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

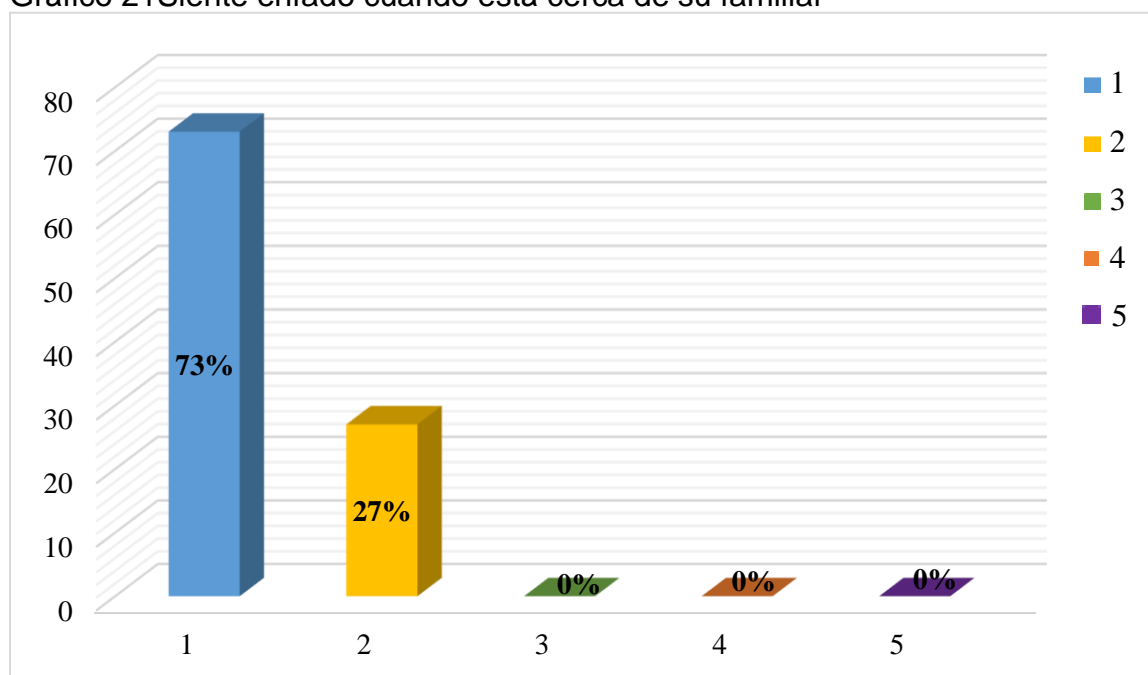
Interpretación: Se evidencia en esta investigación el 64% de los cuidadores refiere que nunca siente vergüenza y un 36% refiere que casi nunca siente vergüenza por la conducta de su familiar.

Tabla N°21

Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar enfermo, población de familiares de adultos mayores.

¿Se siente enfadado cerca de su familiar?	F°	%
1: Nunca	80	73
2: Casi nunca	29	27
3: A veces	0	0
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 21 Siente enfado cuando está cerca de su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test
Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

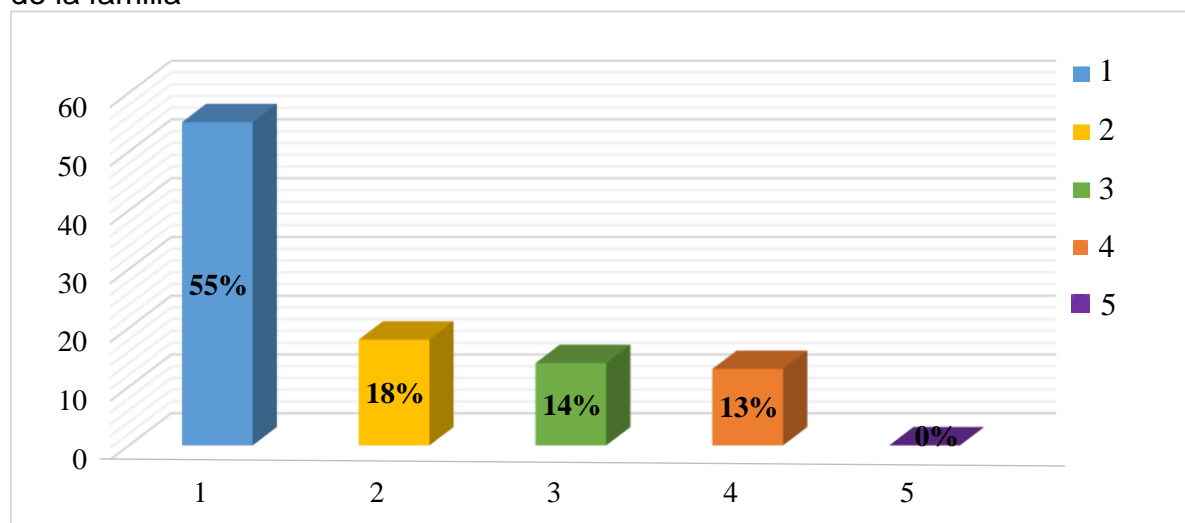
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que un 73% de los cuidadores refiere que nunca se sentirse enfadado cuando se encuentra cerca de su familiar, un 27% dice que casi nunca siente enfado cuando está cerca de su familiar.

Tabla N°22

Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia, población de familiares de adultos mayores.

¿Cuidar a su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de su familiar?	F°	%
1: Nunca	60	55
2: Casi nunca	20	18
3: A veces	15	14
4: Frecuentemente	14	13
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 22 Cuidar a su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de la familia



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

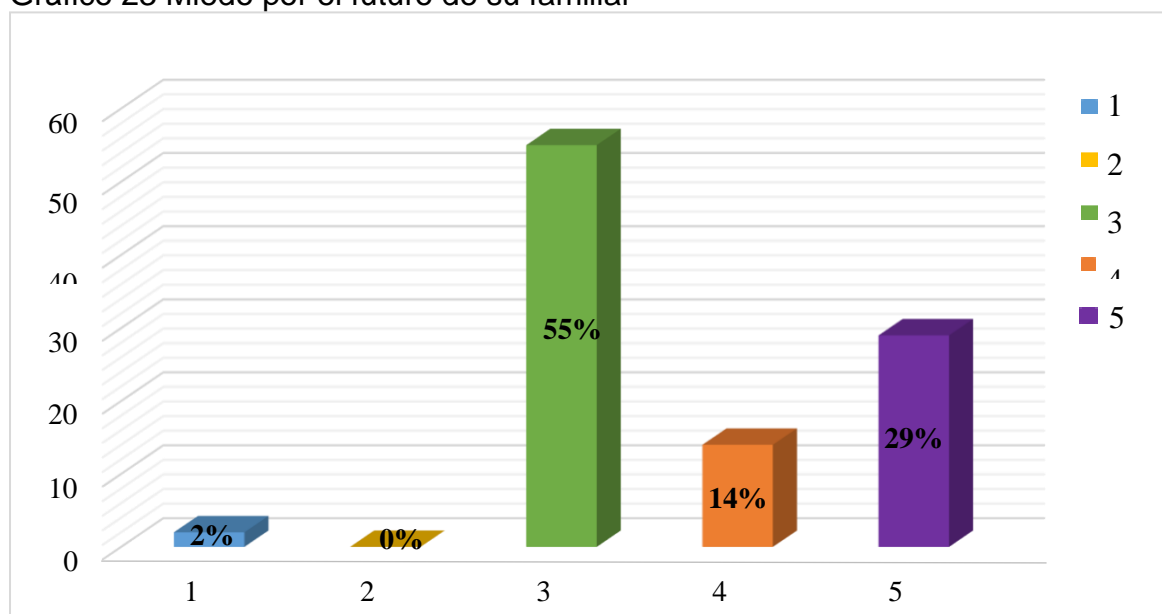
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 55% de los cuidadores no piensa que por cuidar a su familiar la relación con los demás miembros de la familia puede alterarse, un 18% dice que casi nunca piensa en eso, 14% refiere que a veces si suele pensar que pudiera afectar negativamente y un 13% piensa frecuentemente que el cuidar a su familiar puede afectar.

Tabla N°23

Tiene miedo del futuro de su familiar, población de familiares de adultos mayores

¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	F°	%
1: Nunca	2	2
2: Casi nunca	0	0
3: A veces	60	55
4: Frecuentemente	15	14
5: Casi siempre	32	29
Total	109	100

Gráfico 23 Miedo por el futuro de su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

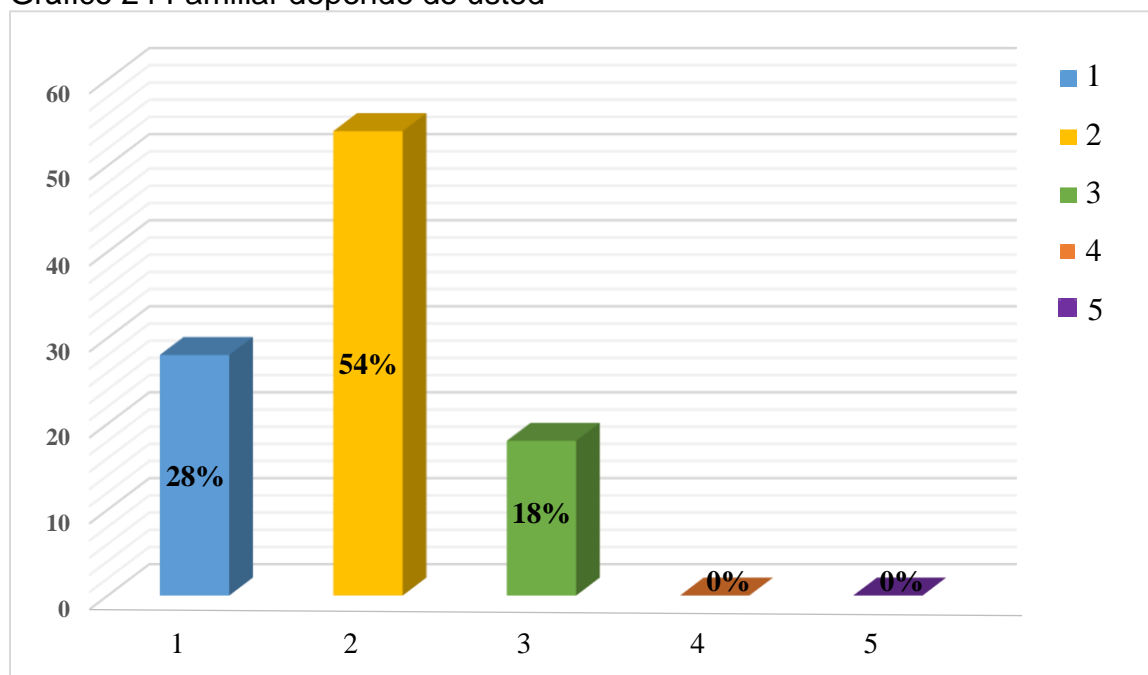
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que los cuidadores en un 55% a veces siente miedo del futuro de su familiar, un 29% frecuentemente siente miedo. Un 29% casi siempre teme por su familiar y un 2% dice no sentir miedo por el futuro de su familiar.

Tabla N°24

Su familiar depende de usted, población de familiares de adultos mayores.

¿Su familiar depende de usted?	F°	%
1: Nunca	30	28
2: Casi nunca	59	54
3: A veces	20	18
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 24 Familiar depende de usted



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

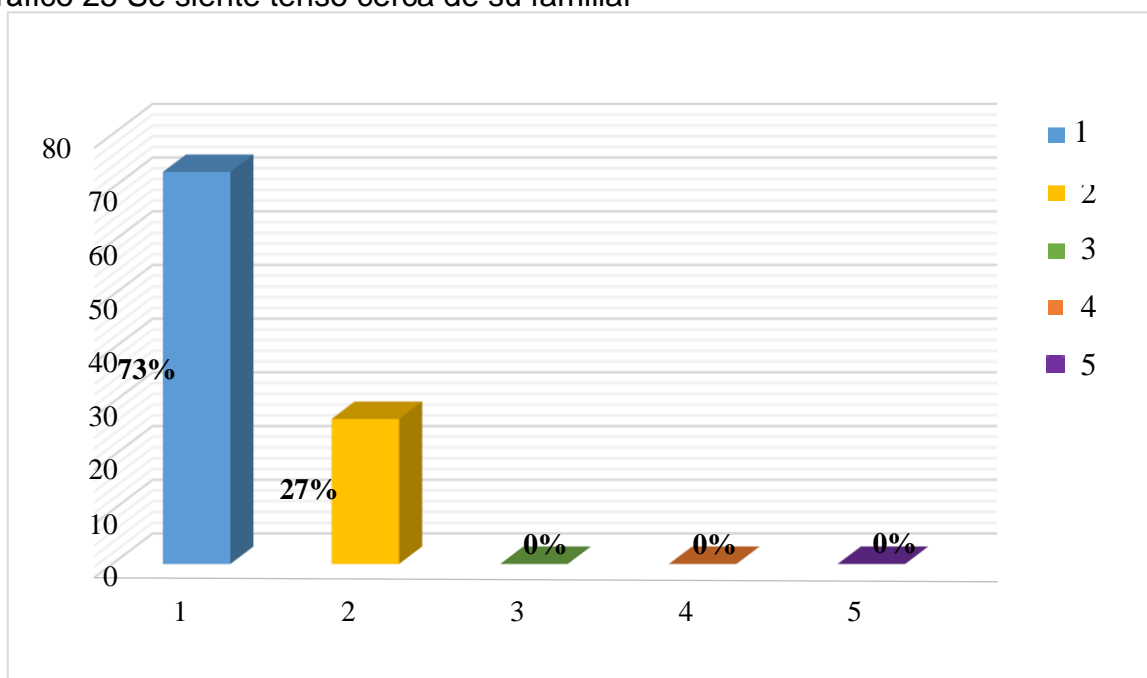
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que un 54% de los cuidadores refieren casi nunca su familiar depende de ellos, un 28 refieren que nunca dependen, un 18 refiere que a veces siente que su familiar depende de ellos.

Tabla N°25

Se siente tenso cuando está cerca de su familiar, población de familiares de los adultos mayores.

¿Se siente tenso cerca de su familiar?	F°	%
1: Nunca	80	73
2: Casi nunca	29	27
3: A veces	0	0
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 25 Se siente tenso cerca de su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

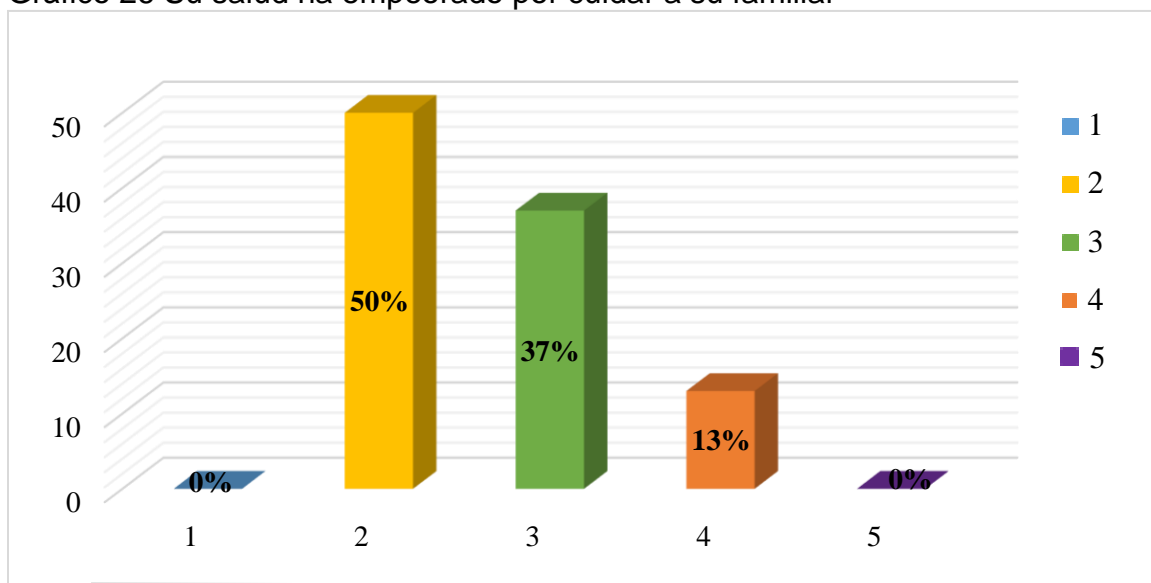
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación el 73% de los cuidadores refieren que nunca se sienten tensos cuando su familiar se encuentra cerca y un 27% refiere que casi nunca se encuentra tenso cerca de su familiar.

Tabla N°26

Su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Siente que su salud ha empeorado por cuidar asu familiar?	F°	%
1: Nunca	0	0
2: Casi nunca	55	50
3: A veces	40	37
4: Frecuentemente	14	13
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 26 Su salud ha empeorado por cuidar a su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

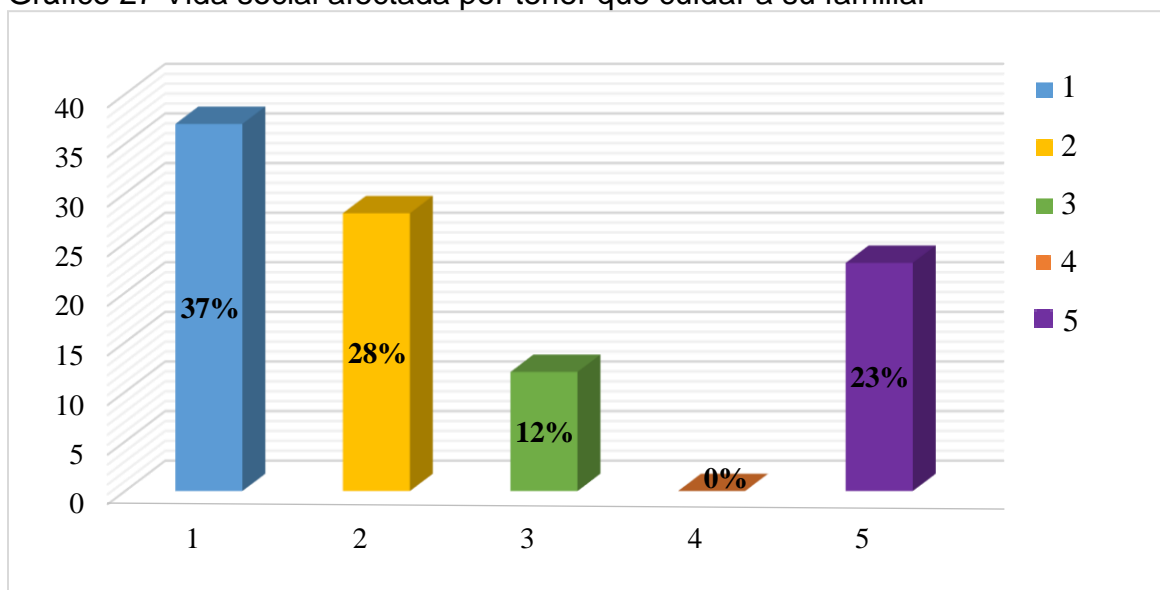
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que un 50% de los cuidadores piensa que casi nunca su salud se ve afectada, un 37% piensa a veces que su salud puede estar empeorando y un 13% piensa frecuentemente que su salud puede estar empeorando.

Tabla N°27

Su vida social se ha visto afectada negativamente por cuidar a su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Piensa que su vida social se ha visto afectada cuidar a su familiar?	F°	%
1: Nunca	40	37
2: Casi nunca	30	28
3: A veces	13	12
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	26	23
Total	109	100

Gráfico 27 Vida social afectada por tener que cuidar a su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

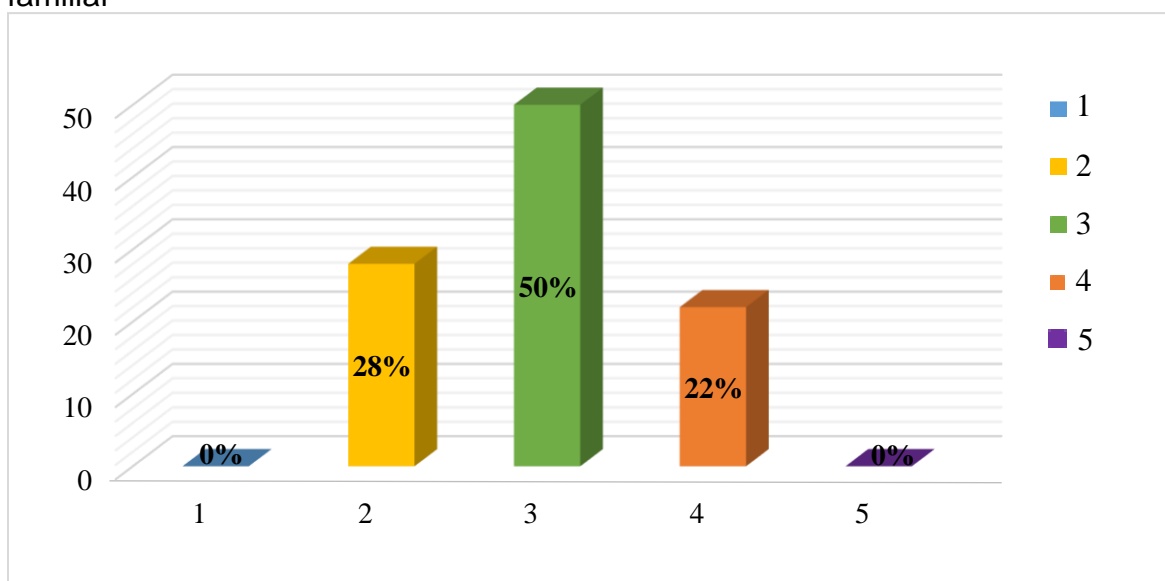
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que un 37% de los cuidadores refieren que nunca han pensado que vida social guarda relación con cuidar a su familiar, un 28% refiere que piensa solo a veces que tiene poco vida social y un 12% refiere que piensa casi siempre que su vida se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar.

Tabla N°28

Se siente incómodo por tener que distanciarse de sus amistades por tener que cuidar a su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar de su familiar?	F°	%
1: Nunca	0	0
2: Casi nunca	30	28
3: A veces	55	50
4: Frecuentemente	24	22
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 28 Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

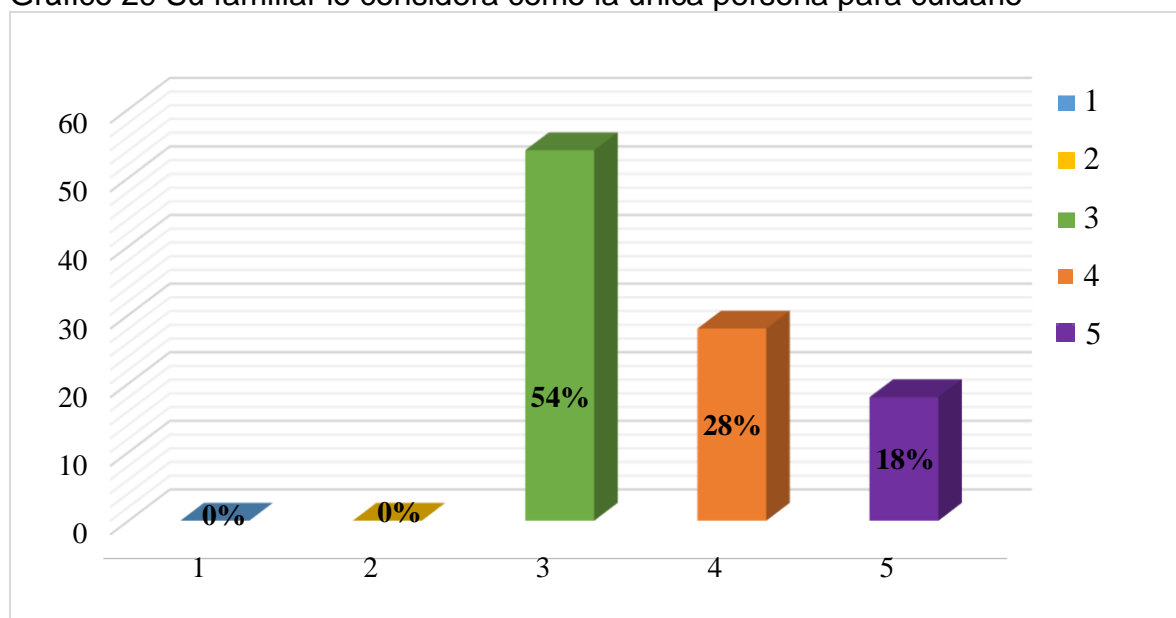
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que un 50% de los cuidadores a veces piensa en lo incómodo que es distanciarse por tener que cuidar a su familiar, un 28% casi nunca piensa que el distanciarse de sus amistades es por su familiar y un 22% frecuentemente se siente incómodo por distanciarse de sus amistades.

Tabla N°29

Su familiar le considera a usted como la única persona que lo puede cuidar.

¿Su familiar considera que usted es la única persona que lo puede cuidar?	F°	%
1: Nunca	0	0
2: Casi nunca	0	0
3: A veces	59	54
4: Frecuentemente	30	28
5: Casi siempre	20	18
Total	109	100

Gráfico 29 Su familiar lo considera como la única persona para cuidarlo



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

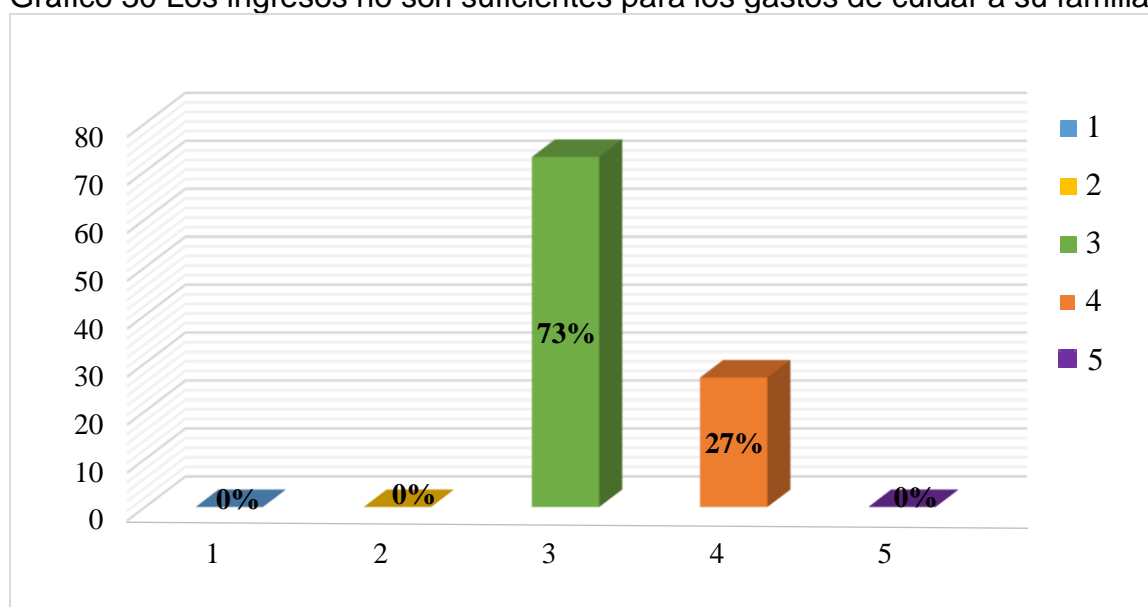
Interpretación: Se evidencia en esta investigación que un 54% de los cuidadores refiere que piensa a veces que su familiar lo considera como única persona para cuidarlo, un 28% refiere que frecuentemente piensa que su familiar lo considera sola a él para cuidarlo y un 18% refiere que casi siempre su familiar lo considera para que cuide de él.

Tabla N°30

Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para gastos de cuidar de su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Piensa que no tiene suficientes ingresos para gastos de cuidar de su familiar?	F°	%
1: Nunca	0	0
2: Casi nunca	0	0
3: A veces	80	73
4: Frecuentemente	29	27
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 30 Los ingresos no son suficientes para los gastos de cuidar a su familiar



Fuente: *Escala de sobrecarga del cuidador*

Elaborado por: *Carranza Velásquez OmayraVanessa.*

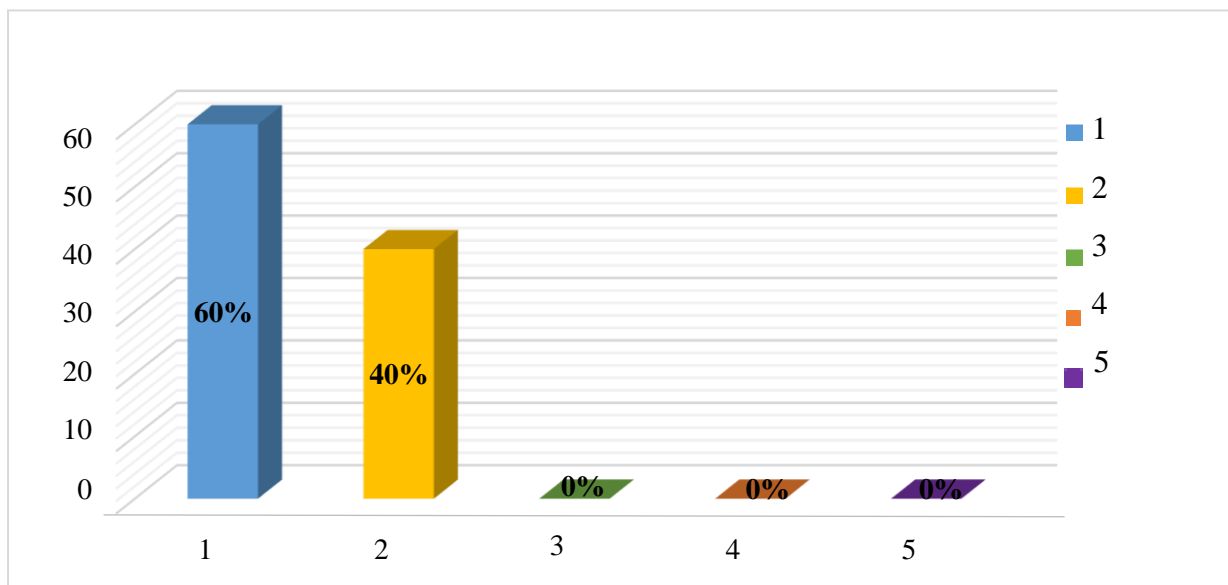
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 83% suele pensar a veces que sus ingresos no son lo suficiente para costear las necesidades de su familiar y solo un 27% piensa frecuentemente que sus ingresos no son suficientes para cubrir las necesidades.

Tabla N°31

Piensa que no es capaz de cuidar por mucho más tiempo a su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Piensa que no es capaz de cuidar por más tiempo a su familiar?	F°	%
1: Nunca	65	60
2: Casi nunca	45	40
3: A veces	0	0
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 31 No es capaz de cuidar por más tiempo a su familiar.



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

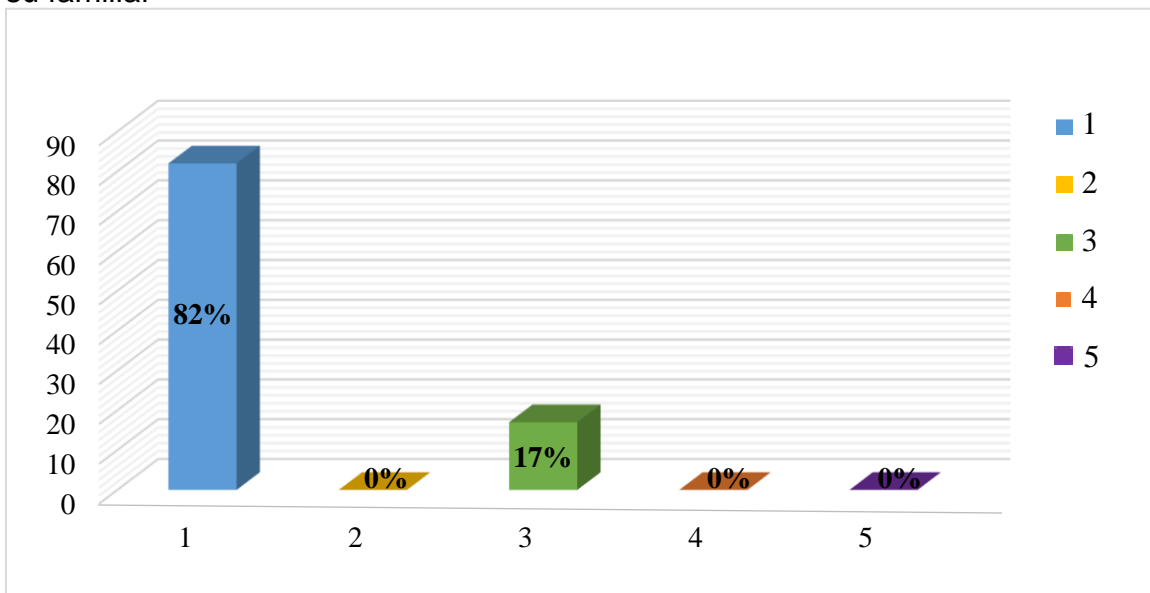
Interpretación: se puede evidenciar en esta investigación que el 60% de los cuidadores nunca ha pensado no ser capaz de cuidar a su familiar por más tiempo y solo un 40% lo ha pensado casi nunca en no poder cuidar más a su familiar.

Tabla N°32

Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Siente que ha perdido el control de su vida desde el comienzo de la enfermedad de su familiar?	F°	%
1: Nunca	90	82
2: Casi nunca	0	0
3: A veces	19	17
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 32 Ha perdido el control de su vida desde el comienzo de la enfermedad de su familiar



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

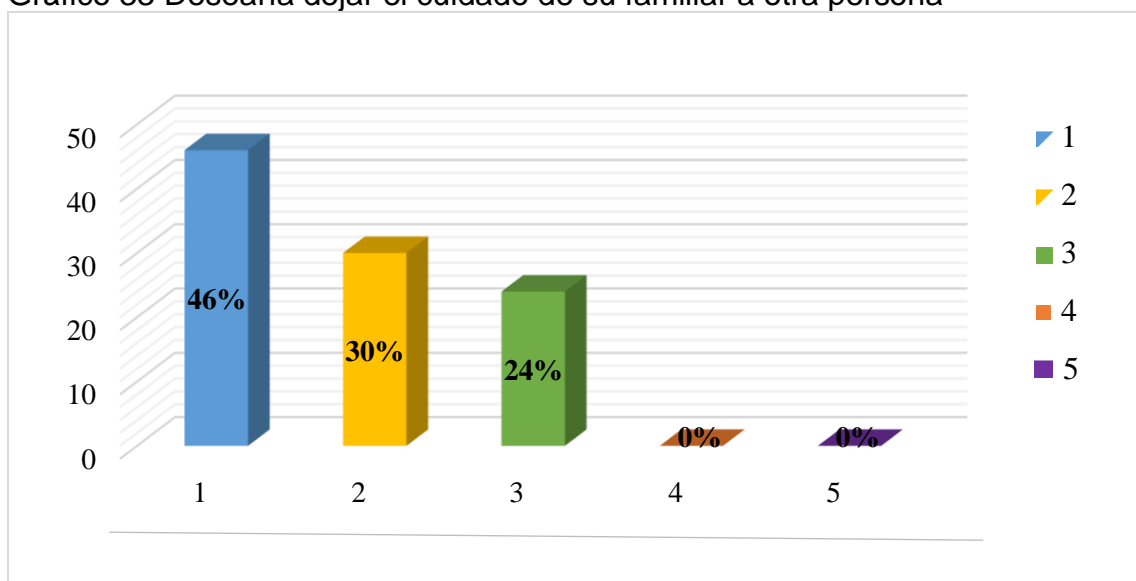
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 82% de los cuidadores nunca ha pensado que ha perdido el control de su vida y un 17% solo suelen pensar a veces que han perdido un poco el control de su vida.

Tabla N°33

Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona, población de familiares de adultos mayores.

¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	F°	%
1: Nunca	50	46
2: Casi nunca	33	30
3: A veces	26	23
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 33 Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

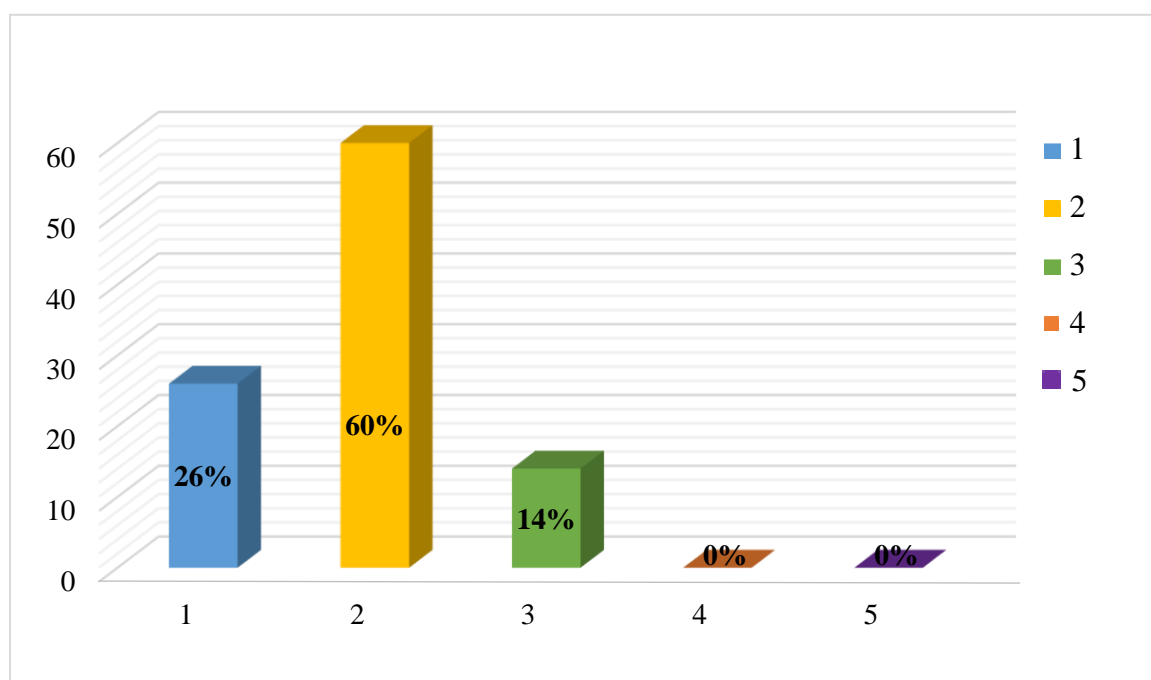
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 46% de los cuidadores nunca ha pensado dejarle el cuidado a alguien más, un 30% solo lo desearía casi nunca y un 23% desea a veces dejar el cuidado de su familiar a un tercero.

Tabla N°34

Se siente indeciso de qué hacer con su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Se siente indeciso de qué hacer con su familiar?	F°	%
1: Nunca	28	26
2: Casi nunca	66	60
3: A veces	15	14
4: Frecuentemente	0	0
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 34 Siente indecisión de qué hacer con su familiar.



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador. Test

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

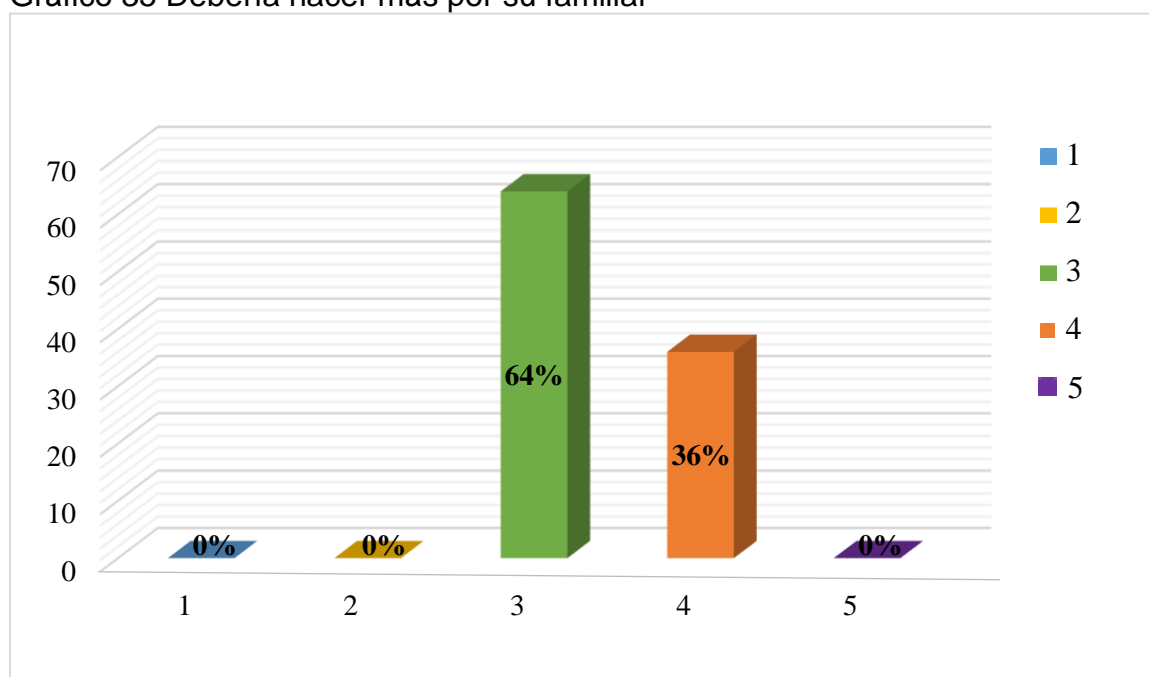
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que un 60% casi nunca se siente indeciso de qué hacer con su familiar, un 26% nunca se siente indeciso y un 14% a veces si se siente indeciso respecto a su familiar.

Tabla N°35

Piensa que debería hacer más por su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	F°	%
1: Nunca	0	0
2: Casi nunca	0	0
3: A veces	70	64
4: Frecuentemente	39	36
5: Casi siempre	0	0
Total	109	100

Gráfico 35 Debería hacer más por su familiar



Fuente: *Escala de sobrecarga del cuidador. Test*

Elaborado por: *Carranza Velásquez Omayra Vanessa.*

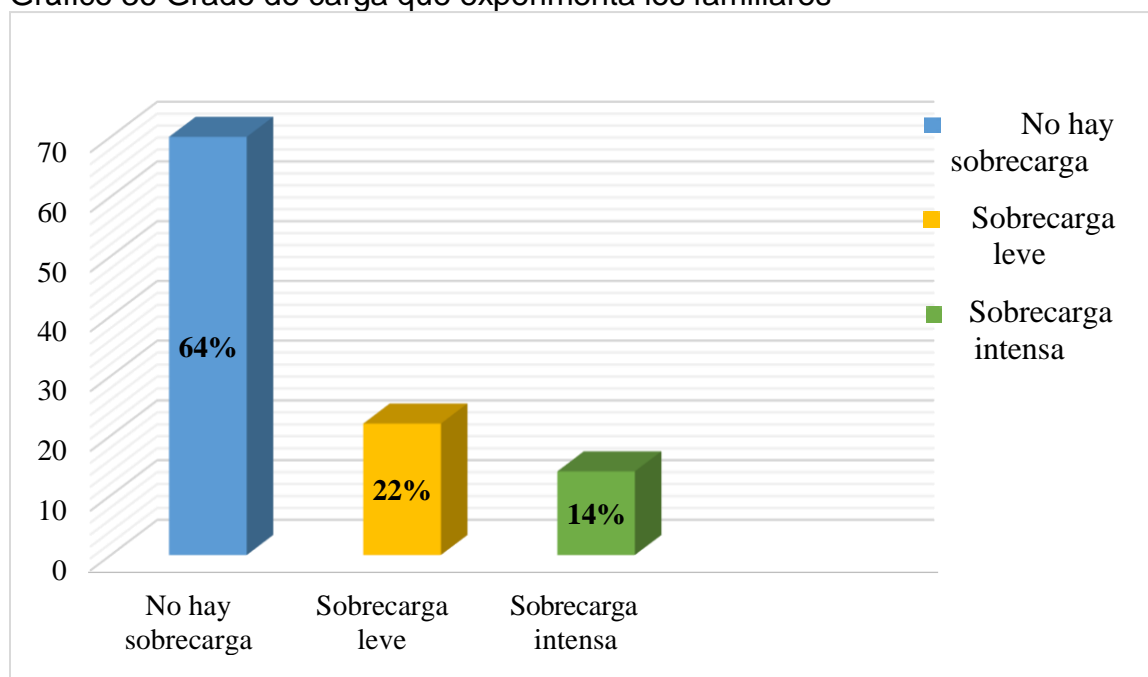
Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que un 64% a veces piensa que debería hacer más por su familiar y un 36% frecuentemente piensa que debería hacer mucho más por su familiar.

Tabla N°36

Grado de carga que experimentan por el hecho de cuidar a su familiar, población de familiares de adultos mayores.

¿Grado de carga?	F°	%
≤46 no hay sobrecarga	70	64
46-47 a 55-56 Sobrecarga leve	24	22
≥55-56 Sobrecarga intensa	15	14
Total	109	100

Gráfico 36 Grado de carga que experimenta los familiares



Fuente: Escala de sobrecarga del cuidador

Elaborado por: Carranza Velásquez Omayra Vanessa.

Interpretación: Se puede evidenciar en esta investigación que el 64% no creen tener una sobrecarga por cuidar de su familiar, 22% si refieren pensar que tener a cargo a su familiar representa una sobrecarga leve y un 14% tienen la sensación de una sobrecarga intensa.

V. Discusión

La depresión en adulto mayor está cobrando más importancia debido a que va en aumento la longevidad en la humanidad, por los factores psicológicos, sociales y el entorno donde hace vida el adulto son los que en un momento dado van a propiciar que la depresión se algo fácil de desarrollar por el mismo estilos de vida. Por esto es que se está tratando que la vejez sea llevada en el adulto mayor lo mássaludable.

A partir de los hallazgos encontrados en este estudio se evidencio que los 109 adultos que asisten al centro de Especialidades Balzar, el nivel de depresión de la población en estudio fue de un en 67 % y un 33% no padece de depresión, la población de adultos mayores que se ve afectada por depresión según su género observándose que en las mujeres es mayor en un 74% y en los hombres en menor proporción 26%, los grados de depresión donde el mayor porcentaje es de 46% y un 33% que no se ve afectada pordepresión.

Tenemos que los factores psicológicos se pueden asociar a depresión y en este estudio se observó que el abandono en 41 %, insatisfacción en un 31% y la viudez en un 28%, el abandono se le atribuye ser undetonante.

Entre los factores sociales tenemos falta de apoyo familiar y social representado en un 52% y nivel socioeconómico bajo en un 26%, seguido del sexo femenino en un 15%. Los factores biológicos también pueden ser considerados un desencadenantes como lo son enfermedades incapacitantes en un 47%, enfermedades degenerativas que obtuvo un 31%, al igual que los trastorno de sueño y memoria en un22%.

Dentro de la situación del cuidador que es el familiar pudimos evaluar que un 64%

noconsidera que su familiar representa una sobrecarga, un 22% lo consideran un sobrecarga leve y un 14% un sobrecarga intensa, pudimos determinar que en lamayoría de los que aplicaron el test por lo antes mencionado con las diferentes preguntas piensa en absoluto que su familiar representa un problema, lo que si es que deberían hacer mucho más por ellos de lo que ya hacen.

En el estudio realizado por Portellano ⁽⁹⁾ ellos encontraron que es habitual en mujeres además se le atenúa la viudez con un 18.65%, en comparación con los viudos pero hombres con un 4.6%, así como con una alta incidencia de sensación de soledad 16,7% en mujeres y un 9,5% en hombres ⁽⁹⁾ se puede ver que en las mujeres es donde se observa con mayor frecuencia, siendo las que se afecta en primera instancia esto no quiere decir que el sexo masculino no se puede ver afectado solo que en su caso es en menor proporción.

También se asemejan al estudio donde se documentó a 46 beneficiarios del centro de la población total siendo 14 del sexo masculino representado un 30% y 32 féminas representado un 70%, referente al grupo etario se tiene similitudes con nuestro estudio ya que a ellos les arrojó mientras más edad el beneficiario mayor riesgo de padecer depresión⁽⁴⁰⁾.

Encontraron en su tesis Rivera ⁽⁴¹⁾ que la prevalencia de sintomatología depresivas esta 29% de la población, un 14,7% para la depresión mayor y un 14,3% para la depresión leve. Las mujeres muestran una elevada proporción de síntomas depresivos 31,6% que los varones 25,2%sin poder determinar que condiciona a esto⁽⁴¹⁾.

Licas⁽⁴²⁾ encronro “en su tesis que el nivel de depresión deladulto mayor que asite a un centro de atención integral se evidencia que si existen un porcentaje significativo

tiene un nivel depresión leve representado por un 58%, seguido de un 19% con un nivel de depresión severa y 23% con depresión normalsevera” (42).

Además pudo referirse al nivel de depresión según el grado de instrucción de los adultos donde refleja que el analfabetismo en dichos personas presentan depresión leve. Se puede deducir que los factores independiente de escolaridad, tales como el estilo de vida y salud tienen posible efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor. En esta investigación solo diferimos que el estilo de vida y salud mental de los adultos mayores contribuye de manera negativa ya que este factores muchos investigadores coinciden que es un índice de riesgo (42).

En su estudio Calderón encontró que la situación económica está relacionada con el estado de ánimo de las personas, por eso evidenciaron que a menor ingresos se expresan sentimientos de tristeza (3). Además, se puede decir que ciertas circunstancias condicionan a el individuo cosas que no son tangibles, como lo es la económica puede ser importante al momento de definir el estado anímico, la sensación de satisfacción en la vida, no solo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva”(3).

Poblete (35) evidenció que la “clasificación de depresión de la muestra estudiada 83,4% se encuentra entre normal y depresión leve, lo que permite explicar que los adultos mayores activos presentan en su mayoría clasificaciones adecuadas y óptimas para su edad” (35), presenta similitudes a la investigación donde el porcentaje fue depresión leve en un 67% y 23% de población normal con una ligera diferencia pero con la misma conclusión.

Téllez (40) refiere que existe correlación entre depresión y la calidad del sueño, encontró que el total de la muestra en estudio, presentó mala calidad del sueño

representada por un 44.1% y un 62% presentó sintomatología de depresión. Además de valorar la frecuencia de alteraciones del sueño entre mujeres y hombres, se encontró que estos con una mayor frecuencia no se evidencia en las mujeres, se observó que los hombres presentan mayor incidencia de depresión con un 72.6% (40).

Díaz (41) en su estudio se evaluaron a 140 AM (adulto mayor) institucionalizados, de los cuales el 73,6% corresponde a mujeres, el 72% de los participantes superan los 80 años. El 23,6% de los institucionalizados se le aplicó la encuesta de depresión de Yesavage y al 76,4% se le aplicó Cornell. Aquellos que respondieron la encuesta de Yesavage, un 24% presentaba depresión establecida, 3% depresión leve y un 73% no presentaba depresión. Los resultados difieren un poco con el estudio antes mencionado debido a que la proporción a la cual se le aplicó dicha encuesta fue en menor en comparación a este estudio pero sirve de referencia que a pesar de la desproporción sirve para medir de manera confiable los resultados.

La depresión es el producto de las interacciones complejas entre factores biológicos psicológicos y sociales debido a un desequilibrio en su entorno que lo condiciona. “Los determinantes sociales juegan un papel también un rol relevante en el incremento y disminución de la incidencia de la depresión (39). “El hecho de quienes se encuentran en paro, excluidos del mercado laboral o expuesto a mayor informalidad laboral, pueden ser propensos a padecerla les una tensión aunada a su situación emocional y familiar” (39). Es una opinión que se asemeja en totalidad con los resultados de esta investigación.

Calderón (3) en su investigación en Arabia, encuentra que existe una relación entre bajo nivel socioeconómico, depresión, paro, viudez, divorcio, soledad. También la restricción funcional en adultos mayores está correlacionada con los sentimientos de inutilidad y la depresión. En Turquía una investigación transversal de la población reportó un incremento de la depresión en relación a la disminución de la actividad de

la vida diaria” (3) esto se asocia, esto es similar debido a que con los resultados de esta investigación se podría decir lo mismo.

Portellano (9) refiere que la depresión se relaciona con el encierro social de la población geriátrica a diferencia de los adultos que conviven a diario con su ambiente familiar además del contacto social dando relevancia a la mejoría de la salud mental y física el así mismo la ejecución de actividades constituye un efecto de resiliencia ante la posibilidad de presencia de sintomatología depresivos(9).

La depresión es una patología neuro-psiquiátrica más habitual en la población geriátrica la incidencia varía según el desarrollo socioeconómico de los países, como es lógico, es más frecuente en países en vías de desarrollo. La depresión en el adulto mayor tiene sintomatología propia y a su vez un alto impacto sobre las comorbilidades, la calidad de vida y las ideas suicidas son evidentes. Pero sobre todo es de suma importancia conocer los factores que pueden considerar de riesgo de depresión” (3) ya que esta patología cada vez se convierte en un problema de salud pública para los países.

Es evidente que el estado financiero de las personas se asocia al estado de ánimo de las personas, es más evidente en las personas de bajo recursos económicos estén tristes esto aplica para todas las edades (3).

La sobrecarga del cuidador ha sido conceptualizada por Zarit “como el grado en que los que proporciona el cuidado que su salud, vida social” (43), personal y socioeconómica cambian por este hecho (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). En un estudio(41) ellos concluyeron que el 69,77% de su muestra presentó sobrecarga, el tiempo como cuidador fue entre 1 a 5 años además de que el 79,07% refirió haber abandonado algunas actividades debido a los cuidadores.

También tenemos que Pineiro⁽⁴²⁾ en su estudio pudieron ver que la mayoría de su muestra, manifestó no sentir sobrecarga con el cuidado del familiar con enfermedad mental, la respuesta más repetida con mayor porcentaje fue no sobrecarga con 60%, seguidamente con 30% sobrecarga intensa y por último con 10% sobrecarga leve.

Además la teoría de autocontrol de Rehm (1977) quien elaboro esta teoría basada en el aprendizaje social del individuo, pudo integrar otras teorías para llegar a la conclusión de que unas de las tres premisas sufría una alteración, se rompía el equilibrio y se desencadenaba la depresión. El autoobservación donde el individuo debía tener la capacidad de observar muy bien su entorno. El autoevaluación la capacidad de comparar con el de su entorno externo para lograr mejorar. El autoreforzamiento la capacidad de darse premisas ante obstáculos superados ⁽⁵²⁾. Esta teoría en base a los resultados obtenidos podemos deducir que el autoreforzamiento en los adultos mayores es algo que difiere mucho de la teoría de Rehm ya que en esta etapa de la vida lo menos que se puede tener por la baja autoestima, por la sensación de desesperanza no le permiten ver sus habilidades.

En la autoobservación juega en contra ya que son muy críticos y tienen la sensación de ser una carga para su entorno y eso les coloca un sesgo para ver buenos observadores. La autoevaluación es lo que más juega en contra y por ende esta teoría en la actualidad juega en contra del adulto mayor.

Tenemos también la teoría de desesperanza (1978) no tenían una teoría donde se pudiera explicar los factores que pudieran llevar a la depresión, lo se contaba con los antecedentes en psicología ⁽⁵²⁾ es una de las que difieren un poca más ya que la esperanza de vida que tiene los adultos mayores con el pasar de los años va en aumento y como avanza la ciencia se ha descubierto cosas que para muchos no se creían pero en base a muchos estudios a esta investigación se puede aportar que los antecedentes psicosociales juegan un papel importante a la hora de hablar de depresión en todos los aspecto y las etapas.

Por lo que se puede decir que hay ciertas teorías que en la actualidad pueden ser confrontadas con resultados obtenidos en base a la información recolectada en este ámbito, para dar paso a conocer que se puede contrarrestar características que pueden ser moldeables una vez ya se conoce su alterabilidad. Esta investigación tiene como objeto dejar un precedente en este centro que genere ayuda con la información a todo el personal de salud encargado de integrar y generar una mejor calidad de vida en esta población.

VI. Conclusión

Se realizó un estudio transversal donde se estudió los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores que asisten al Centro de Especialidades Balzar, Ecuador. Luego de evaluar los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- ✓ Se pudo constatar que el nivel de depresión que presentan los adultos mayores del centro de especialidades Balzar es más de la mitad de la población en estudio por lo que se considera significativa para definir que existe depresión en este centro.

- ✓ Además que se pudo determinar que existen factores psicológicos que se pueden asociar a exacerbar la depresión en esta población como lo es la viudez, abandono e insatisfacción personal los que se evidencian esta investigación.

- ✓ Se pudo determinar que los factores sociales que podemos asociar a depresión en los adultos fue la falta de apoyo familiar en la mitad de los adultos, además del nivel socioeconómico bajo que quedo representado por un cuarto de adultos por lo que estos elementos guardan mucha relación con la depresión.

- ✓ Se pudo constatar que las enfermedades crónicas tiene una alta relación con la depresión debido que los adultos con mayor porcentaje de depresión tienen una enfermedad de base que agudiza su cuadro clínico.

Debido a lo que arrojaron los resultados de la investigación se concluyó que es necesario aplicar planes de educación y concientización con capacitación con la finalidad de disminuir la depresión y por ende aumentar la calidad de vida de los adultos mayores.

VII. Recomendaciones

Diseñar y promover programas educativos como lo son talleres, terapias, charlas para el personal de salud, que permitan la incorporación del adulto mayor que acude al Centro de Especialidades Balzar y pueda reintegrarse a diferentes actividades cotidianas y recreativas.

Al personal encargado del Centro a desarrollar estrategias y planes comenzando con apoyo médico, psicológico a aquellos donde se evidencia que aspectos negativos son parte de la cotidianidad.

Realizar controles o estudios dentro del centro por el personal encargado que permitan conocer de cerca los factores de depresión en adultos mayores pero sobre todo con la finalidad de disminuir la prevalencia de la misma con los programas implementados a futuro.

Personal de enfermería quienes son los que mayor contacto tiene con el adulto mayor desarrollar dinámicas para la integración social y familiar. Se pueda motivar al entorno familiar a tomar iniciativa y puedan compartir más calidad de tiempo con sus seres queridos.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud/ organización Mundial de la Salud México. Depresión. Hablemos. [Online].; 2017 [cited 2019 Septiembre 19]. Available from: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597.
2. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2016 Enero; 23(1)(24-28).
3. Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *RevMedHered.* 2018 Julio; 29(182-191).
4. Salazar AM, Reyes F, Plata SJ, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015 Junio; 31(2)(176-183).
5. Sánchez A. Influencia de la motivación para mejorar el desempeño laboral del personal administrativo de la municipalidad distrital de Víctor Larco Herrera. 2017..
6. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2019 [cited 2019 Septiembre 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *UniversitasPsychologica.* 2011 Sep/Dec; 10(3)(735-743).
8. Valdivia Vizcarra GP. FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL

- GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2018. 2018.
9. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala J. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2018 October–December; 11(4)(216-226).
 - 10 Licas Torres MP. Nivel de Depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.M.J- V.M.T 2014. 2015..
 - 11 Sinchire Gómez VM. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016. 2017.
 - 12Ávila León SDC. Determinantes sociales relacionados a la depresión del adulto mayor en el centro de salud de la parroquia San Juan cantón Gualaceo provincia del Azuay 2015. 2017 Abril..
 - 13Mendo Gonzales VCF. Disfunción familiar asociada a depresión en el adulto mayor. Hospital distrital santa isabelde el porvenir. 2016. 2016..
 - 14Montenegro Valdivia JdM, Santisteban Baldera YM. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí– Lambayeque – 2016. 2016..
 - 15Baldeón Martínez FPL. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017. 2019..
 - 16Reyes Cisneros JR. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIATRICO DIOS ES AMOR – SAN MIGUEL DICIEMBRE 2016. 2018..
 - 17OMS. Epidemiología. [Online].; 2019 [cited 2019 diciembre 22. Available from: <https://www.who.int/topics/epidemiology/e>.

- 18 Maldonado Molina JA. Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores. Primera ed. Madrid: DYKINSON S.L; 2018.
- 19 González Ceinos M. Depresión en ancianos, un problema de todos. RevCubanaMed Gen Integr. 2001; 17(4)(316-320): p. 316-320.
- 20 Siza Velva BP. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE AMBATO, PERÍODO SEPTIEMBRE DEL 2014 A FEBRERO DEL 2015. 2015..
- 21 Valarezco García CL. Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. Maskana. 2016 Diciembre; 7(2)(29-41): p. 29-41.
- 22 Portellano Ortiz C. Depresión declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE. 2018..
- 23 Labra Cruz LE, Ruvalcaba Ledezma J. Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. Journal. 2019 Octubre; 4(10)(976-987).
- 24 Portellano Ortiz C. Depresión declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE. 2018..
- 25 National Institute of Mental Health. La depresión: Lo que usted debe saber. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 1. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresion-lo-que-usted-debe-saber/index.shtml#pub8>.
- 26 Saritama Saritama JE. Aplicación de la danzaterapia para mejorar el estado de ánimo en adultos mayores con depresión leve de 65 a 80 años que asisten al

- Hogar Geriátrico Plenitud de la ciudad de Quito en el periodo Noviembre 2017-
Abril 2018. 2018..
- 27 Grupo Gestión de Información en Salud. HOJA INFORMATIVA. [Online].; 2018
. [cited 2019 diciembre 22. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/cpicm-cmw/>.
- 28 Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de
. enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería. 2001; 19(2)(36-
50).
- 29 Muñoz Lara MdC, Medina Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of
. mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican
survey of psychiatric epidemiology. Salud Mental. 2007; 30(5)(4-11).
- 30 Villanueva Peña CA, Casas Caruajulca J. Depresión y calidad de vida en
. pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima
– Perú, 2014. 2015..
- 31 Roque Afray MG. Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con
. enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este. 2018..
- 32 García González AJ, Froment F. Beneficios de la actividad física sobre la
. autoestima y la calidad de vida de personas mayores. Retos. 2018; 33(3-9).
- 33 Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud
. pública Méx. 2002 Julio; 44(4)(349-361).
- 34 Pinillos Ribalda M. Efectos positivos del entrenamiento de karate en las
. capacidades cognitivas asociadas a la edad / Positive Effects of Continuous

- Practice of Karate in Cognitive Capacity Associated to the Age. Revista Internacional De Medicina Y Ciencias De La Actividad Física Y Del Deporte. 2016; 16(63)(537-559).
- 35 Battaglia G, Bellafiore M, Alesi M, Paoli A, Bianco A, Palma A. Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. Clinical Interventions in Aging. 2016 Julio; 2016(1009-1015): p. 1009-1015.
- 36 Francia Ruelas KY. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. 2011..
- 37 Poblete VF, Matus CC, Díaz SE, Vidal SP, Ayala GM. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores. Ciencias De La Actividad Física UCM. 2015; 16(2)(71-77): p. 71-77.
- 38 Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, Bautista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Quinta ed. Chacón JM, editor. México: McGRAW-HILL; 2014.
- 39 Baquero Bernal YN, Buitrago Gutiérrez AL, Rodríguez Rodríguez LA. EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN, UBICADOS EN UNA FUNDACIÓN GERIÁTRICA DE SOACHA EN EL 2013. 2013..
- 40 Martín M, SI, NS, MLC, RJM, LyTMI. adaptación para nuestro medio de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zait. Revista Gerontología. 1986; 6(338-346): p. 338-346.
- 41 Yesavage MD A, Sheikh MD JI. 9 / Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Clinical Gerontologist. 1986; 5(1-2)(135-173).

- 42 Sanchez GLR, Marín MA. Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud*. 2015; 1(2)(74-80): p. 74-80.
- 43 Rivera Navarro J, Benito León J, Pazzi Olazarán KA. LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ: UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO. *América Latina Hoy*. 2015; 71(103-118): p. 103-118.
- 44 Licas Torres MP. Nivel de Depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.M.J- V.M.T 2014. 2015..
- 45 Téllez A, Juárez García DM, Jaime Bernal L, García Cardena C. Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en Adultos Mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*. 2016; 25(1)(95-106): p. 95-106.
- 46 Díaz MD, Aránguiz S, Farías N, Godoy D, Silva N, Durán AS. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores. *Nutrición Clínica y Diabética Hospitalaria*. 2019; 39(2)(34-39): p. 34-39.
- 47 Morales FC. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2017; 43(2)(136-138): p. 136-138.
- 48 Álvarez Embarba B. Tesis influencia del trabajo de enfermería en la disminución de la sobrecarga del cuidador. 2016..
- 49 Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Familiares de los ancianos con discapacidad: correlatos de sentimientos de carga. *The Gerontologist*. 1980;; p. 640-655.
- 50 Carreño MS, Barreto ORV, Duran PM, Támara OV, Romero E. Habilidad de

.cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Revista Cubana de enfermería. 2016; 32(3)(353-363): p. 353-363.

51 Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire CFMdM. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental.

European Journal of Health Research. 2017; 3(3)(185-196): p. 185-196.

52 Psicología UNED. Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas.

[Online].; 2018 [cited 2020. Available from:

<http://psicologia.isipedia.com/segundo/psicopatologia/psicopatologia-parte-2/10-trastornos-del-estado-de-animo-teorias-psicologicas>.

53 Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMdP. Metodología de la investigación.

Quinta ed. Chacón JM, editor. México: McGRAW-HILL; 2010.

Anexos

Matriz de operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Factores psicosociales asociados a la depresión	Hace referencia a aquellas condiciones psicológicas como sociales que suelen alterar al adultomayor	Son reacciones individuales del ser humano al ambiente, que van a estar dado por los cambios que se dan de manera innata por la experiencia.	Factores Biológicos	Enfermedades degenerativas	Escala de depresión geriátrica (GDS-15)
				Enfermedades incapacitantes	
				Trastorno del sueño	
			Factores Psicológicos	Viudez	
				Abandono	
				Insatisfacción personal	
				Nivel socioeconómico	
			Factores Sociales	Falta de apoyo familiar y social	
				Sexo	
				Mayor edad	



FORMULARIO DE ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS).

Edad 65

Sexo: Masculino

Femenino

Escoja la respuesta adecuada marcando con una "X" según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI NO

2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI NO

3. ¿Siente usted que su vida está vacía? SI NO

4. ¿Se aburre usted a menudo? SI NO

5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI NO

6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI NO

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI NO

8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI NO

9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI NO

10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI NO

11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI NO

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

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

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

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



Escala de Sobrecarga del Cuidador. Test de Zarit

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia. Rodee con un círculo la opción elegida.

1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Frecuentemente 5: Casi siempre

1¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?.....1 2 3 4 5

2¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?.....1 2 3 4 5

3¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (trabajo, familia).....1 2 3 4 5

4¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?.....1 2 3 4 5

5¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?.....1 2 3 4 5

6¿Piensa que el cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?.....1 2 3 4 5

7¿Tiene miedo del futuro de su familiar?.....1 2 3 4 5

8¿Piensa que su familiar depende de usted?.....1 2 3 4 5

9¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?.....1 2 3 4 5

10¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?.....1 2 3 4 5

- 11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?.....1 2 (3) 4 5
- 12 ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?.....1 2 (3) 4 5
- 13 ¿Se siente incómodo por tener que distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?.....1 2 (3) 4 5
- 14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?.....1 2 3 (4) 5
- 15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos.....1 (2) 3 4 5
- 16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?.....1 (2) 3 4 5
- 17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?.....1 2 3 (4) 5
- 18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?.....1 2 3 (4) 5
- 19 ¿Se siente indeciso de qué hacer con su familiar?.....1 2 (3) 4 5
- 20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?.....1 2 3 (4) 5
- 21 Globalmente, ¿que "grado de carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?.....1 (2) 3 4 5

Interpretación:

≤46 No hay sobrecarga

46-47 a 55-56 Sobrecarga leve

≥55-56 Sobrecarga intensa-



ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍAS EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD

Dr. Carlos David Baldeon Álvarez
Director Administrativo, Centro de Especialidades Balzar, Encargado, Instituto
Ecuatoriano de Seguridad Social

Su Despacho

Estimado (a) Director. Por medio de la presente nos dirijo a Ud. para informarle que estaré realizando un Trabajo de investigación titulado, **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES BALZAR** que se desarrollará como parte del programa académico de maestrías en gestión de los servicios de salud”, el cual tiene como responsables a la Dra. Geovana Elizabeth Linares Purisaca y la Tesista Omayra Vanessa Carranza Velásquez, el cual se realiza con el objetivo determinar factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro de especialidades Balzar, bajo estricta confidencialidad y anonimato. Con base a ello, solicito de su colaboración para trabajar con los adultos mayores.

Sin más que agregar, nos despedimos de Ud. esperando satisfactoria respuesta.

Dra. Geovana Elizabeth Linares Purisaca

Psc. Clínica. Omayra Vanessa Carranza Velásquez

Ecuador, 2019



Consentimiento Informado

Yo Violita Cecilia Figuera Jaime
adulto mayor del Centro de Especialidades Balzar, de 65 años de edad, en pleno uso de
mis facultades mentales, libre y voluntariamente, declaro estar de acuerdo en mi
participación en la investigación titulada: **FACTORES PSICOSOCIALES
ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE
ESPECIALIDADES BALZAR, 2019**. Una vez que me hayan explicado los objetivos de
mi función en la investigación. Considerando que los resultados de esta investigación será
en beneficio mío y para mejor mi salud.

He advertido (a) que mi participación es completamente libre y voluntaria y que tengo la
autonomía de cuando lo considere pertinente, que no existe ningún riesgo para mi salud al
participar y cuyos datos que brinde y toda la información será usada solo para esta
investigación.

Violita Cecilia Figuera

Firma del participante

ORIENTACIÓN



