UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de Investigación

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO A MEDICO CIRUJANO

TEMA:

"DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016"

AUTORES:

CHANCAY CHUNGA JULIO ELOY

NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO

TUTOR:

DR. JAVIER GONZÁLEZ

REVISOR:

DR. VIORKIS PÉREZ

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

2016

Dedicatoria

Dedico este trabajo, que representa el cumplimiento de una meta más en mi vida, primero a Dios, porque sin el nada de esto habría sido posible, ya que permitió que día a día me esforzara para ir escalando cada peldaño propuesto en esta noble carrera, como es la Medicina.

Sin duda alguna los padres son esa fuerza motora humana que nos impulsa aun cuando llegan los momentos más oscuros en que creemos que las cosas están perdidas, por eso también quiero dedicarles a ellos este logro, que sería injusto llamarlo mío, pues cada día que pasaba representaba también una lucha para ellos.

A ellos porque sin pedir nada a cambio estuvieron pendientes de mí, como persona porque han sido más que mis padres, mis consejeros y amigos, esa guía necesaria para no desistir, por formar en mí los principios para preservar y hacer un hecho mis objetivos.

A mi familia en general, a los amigos, conocidos que en algún momento del camino estuvieron haciéndose presente, porque también fueron parte tanto de momentos buenos como de los malos.

A mi compañero de tesis por su apoyo durante el transcurso de estos años de estudios y sobre todo por la paciencia otorgada para la realización de este trabajo.

Para todos ustedes dedico el fruto de mi esfuerzo que ahora se ve reflejado en la inmensa felicidad que me embarga al saber esta parte de mi sueño está cumplida.

Chancay Chunga Julio Eloy

Dedicatoria

Este trabajo de titulación se lo dedico a Dios por ser la base fundamental de mis días, por ofrecerme todo aquello que necesitaba para llevar a cabo mis sueños, por enviarme los instrumentos que permitieron hacer todo más llevadero, porque solo así lograba impulsarme para perseverar y ser constante.

A mis queridos padres por su apoyo sin medidas, a ustedes les entrego el resultado de su lucha, porque cada paso que he emprendido hasta ahora ha sido con ustedes a mi lado. Por no desistir en ningún momento y mostrarme que las cosas en la vida se obtienen con esfuerzo, por cultivar en mi la sencillez y humildad para ser cauto en cada una de mis acciones.

A mi novia por ser mi ayuda idónea, el complemento de mi vida, por haberme brindado su apoyo y comprensión en todo momento.

A los compañeros y amigos que estuvieron animando esos momentos en que su presencia era necesaria, pero de manera muy especial a mi compañero de tesis por hacer menos arduo el cumplimiento de esta meta.

Ng Moreira Manfung Fernando

Agradecimiento

Nuestro infinito agradecimiento por sobre todas las cosas a Dios por permitirnos culminar este sueño que iniciamos con mucha incertidumbre pero que ahora vemos cristalizado como una realidad.

A nuestros padres, familiares y amigos, pues contar con su presencia y apoyo fue indispensable en nuestra formación como profesionales.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, por acogernos en sus aulas durante nuestros años de estudios, por abrir sus puertas y brindarnos la oportunidad de formarnos como personas y profesionales.

A todos los docentes por su predisposición para impartir esos conocimientos que de a poco se convirtieron en una verdadera enseñanza.

Al personal que labora en los hospitales, donde realizamos nuestro Internado Rotativo, por cada aprendizaje obtenido a través de la experiencia.

De manera especial a nuestro tutor Dr. Javier González; y a nuestra revisora Dra. Viorkis Pérez por su paciencia para llevar a cabo nuestro trabajo de titulación con éxito.

Infinitas gracias a todos porque fueron parte esencial de nuestro camino.

Los Autores

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

Yo, Doctor Javier González Robles, en calidad de tutor de tesis, certifico que los egresados, Julio Eloy Chancay Chunga y Manfung Fernando Ng Moreira, son autoras del trabajo de tesis titulado "DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016" el cual se encuentra concluido en su totalidad.

Este trabajo de titulación ha sido elaborado cumpliendo los parámetros metodológicos establecidos, siendo orientado y revisado durante su proceso de ejecución por lo que autorizo su presentación al revisor Doctor Viorkis Pérez Ortiz, para que realice cuantas correcciones crea pertinentes, previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

13/01/2017

DR. JAVIER GONZÁLEZ ROBLES

TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DE REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, DRA. VIORKIS PEREZ ORTIZ, tengo a bien certificar que el trabajo de investigación titulado: **"DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016**", de los egresados de la Escuela de Medicina: JULIO ELOY CHANCAY CHUNGA y MANFUNG FERNANDO NG MOREIRA ha sido revisado en su totalidad, mismo que cumple los requerimientos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

A este certificado adjunto informe final.

13/01/2017
17:00

DRA. VIORKIS PÉREZ ORTIZ

REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Certificación de los autores

Nosotros, egresados de la escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Chancay Chunga Julio Eloy con CI: y Ng. Moreira Manfung Fernando con CI: autores del trabajo de titulación: "DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016" **certificamos que se realizaron todas las correcciones indicadas por nuestro tutor Dr. Javier González, y por nuestra revisora Dra. Viorkis Pérez, con lo cual se concluye nuestro proyecto.**

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, con la finalidad de continuar con el trámite correspondiente para la designación de tribunal de revisión, titulación y evaluación, además de fecha de sustentación del proyecto.

Atentamente

f.……

Chancay Chunga Julio Eloy

C.I. 1314073915

f.……

Ng Moreira Manfung Fernando

C.I. 1310272503

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

"DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016"

Trabajo de Investigación sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención de título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler
DECANA

Lcda. Miriam Barreto Rosado
PRESIDENTA DE LA COMISION TITULACION ESPECIAL DE LA FCS

Ab. Abner Bello
ASESOR JURIDICO

Dr. Javier González
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Declaración de autoría

Nosotros CHANGAY CHUNGA JULIO ELOY Y NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación

"DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016" , es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del trabajo de investigación, el DR. JULIO GONZÁLEZ

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este proyecto de investigación, pertenecen exclusivamente a los autores.

CHANCAY CHUNGA JULIO ELOY
CI: 1314073915
Teléfono: 0996342236- 052581259

NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO
CI: 1310272503
Teléfono: 0995518023 – 052639112

TEMA

"DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016"

Resumen

El Objetivo del presente estudio es Evaluar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud en el Centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño. Es un estudio de tipo exploratorio y prospectivo.

El 16% de la población total presento depresión leve, de estos que presentaron depresión leve, el 8% corresponde a las edades entre 71 a 75 años, y un 5% a las edades entre 65 a 70 años de edad, el sexo femenino corresponde al 11%. El 10% de la población total presento depresión leve, presento sobrepeso y un 3% de ellos presento obesidad de 1ero y 2do grado; así mismo 10% de ellos presenta antecedentes de hipertensión arterial.

Un 11% del total de paciente que mostraron depresión leve son personas casadas y 5% del total son viudos; el distrito del que procede la mayoría de estas personas con depresiones leve corresponde al urbano con un 16%. Del total de la población que presento depresión leve 11% presenta un nivel socioeconómico bajo y un 5% nivel socioeconómico medio; 16% convive con familiar; aproximadamente 11% presenta una situación familiar buena y un 5% una situación regular.

En cuanto a la relación con los demás 13% de los pacientes con depresión leve son personas extrovertidas, y 3% introvertidos; en relación al neurotismos 13% son adultos mayores inestables y 3% son estables; de acuerdo al tipo de personalidad 13% son personas coléricas y 3% son personas flemáticas.

Summary

The objective of the present study is to evaluate the depression in older adults and their relation with the biopsychosocial determinants of health in the Integral Center of the Elderly Julio Cedeño. It is an exploratory and prospective study.

16% of the total population had mild depression, of those with mild depression, 8% were between 71 and 75 years of age, and 5% were between 65 and 70 years of age. To 11%. 10% of the total population presented mild depression, were overweight and 3% of them presented obesity of 1st and 2nd degree; 10% of them have a history of hypertension.

11% of the total of patients who showed mild depression are married and 5% of the total are widowed; The district from which most of these people with mild depressions comes corresponds to urban with 16%.

Of the total population with mild depression, 11% had a low socioeconomic level and 5% had a medium socioeconomic level; 16% live with family; Approximately 11% have a good family situation and 5% have a regular situation.

As for the relationship with the other 13% of patients with mild depression are extroverted, and 3% introverted; In relation to neurotisms 13% are unstable older adults and 3% are stable; According to the type of personality 13% are angry people and 3% are phlegmatic persons.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... v
CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN..... vi
CERTIFICACIÓN DE LOS AUTORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACION……...vii
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION…….viii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....ix
TEMA.....x
RESUMEN.....xi
SUMARY.....Xii
ÍNDICE.....Xiii
INTRODUCCION.....1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....3
ANTECEDENTES.....4
JUSTIFICACIÓN.....6
DELIMITACION DEL PROBLEMA……7
SUBPROBLEMAS……8
OBJETIVOS.....9
MARCO TEÓRICO.....10
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....22
DISEÑO METODOLOGICO.....33
TIPO DE ESTUDIO.....
MODALIDAD DE INVETIGACION.....
LINEA DE INVETIGACION…….....
UNIVERSO.....
POBLACION DE ESTUDIO.....
TIEMPO DE ESTUDIO…….....
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....
METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.....
PLAN DE TABULACION ANALISIS Y PRESENTACION DE DATOS.....
RECURSOS……..…..
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....37
TABLA Y GRAFICO N°1.....38
TABLA Y GRAFICO N° 2.....39
TABLA Y GRAFICO N° 3.....40

TABLA Y GRAFICO N° 4..... ……..41
TABLA Y GRAFICO N° 5..... ……..42
TABLA Y GRAFICO N° 6..... ……..43
TABLA Y GRAFICO N° 7..... ……..44
TABLA Y GRAFICO N° 8..... ……..45
TABLA Y GRAFICO N° 9.....46
TABLA Y GRAFICO N° 10.....47
TABLA Y GRAFICO N° 11.....……....48
TABLA Y GRAFICO N° 12.....……....49
TABLA Y GRAFICO N° 13.....……50
TABLA Y GRAFICO N° 14.....……....51
TABLA Y GRAFICO N° 15.....……....52
TABLA Y GRAFICO N° 16.....……....53
TABLA Y GRAFICO N° 17.....……...54
TABLA Y GRAFICO N° 18.....……..55
TABLA Y GRAFICO N° 19.....…….56
TABLA Y GRAFICO N° 20.....…….57
TABLA Y GRAFICO N° 21.....…….60
TABLA Y GRAFICO N° 22.....…….63
TABLA Y GRAFICO N° 23.....…….66
TABLA Y GRAFICO N° 24.....…….69
TABLA Y GRAFICO N° 25.....…….72
TABLA Y GRAFICO N° 26.....…….75
TABLA Y GRAFICO N° 27.....…….78
TABLA Y GRAFICO N° 28.....…….81
TABLA Y GRAFICO N° 29.....…….84
TABLA Y GRAFICO N° 30.....…….87
TABLA Y GRAFICO N° 31.....…….90
CONCLUSIONES……....93
RECOMENDACIONES……..94
CRONOGRAMA VALORADO……..95
BIBLIOGRAFIA……..……
ANEXOS…….…….

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

El adulto mayor, es un puntal de atención básica en salud, debido a que este grupo poblacional va en aumento con el paso de los días. A esta edad se presentan simultáneamente problemas de comorbilidades con diferentes causas. Haciendo referencia específicamente a la depresión, este padecimiento incita a sentimientos de tristeza, desánimo, culpabilidad, baja autoestima, insomnio, anorexia, fatiga, y puede ir de leve hasta grave. (Becerra, 2014).

Este padecimiento mental es un grave trastorno de salud pública, que según describen las cifras mundiales prevalece en un 20 y 40 por ciento, siendo mayor en una relación de 2 a 1 en las mujeres (Adriana, 2012).

En la actualidad se ubica en la quinta posición de las causas incapacitantes con origen psiquiátrico. Según cálculos de expertos y entendidos en el tema, dentro de 4 años subirá al segundo lugar de etiología discapacitantes sobre todo en ancianos. (OMS, 2016).

Al haber interacciones complejas entre diversos causales de riesgo a nivel social, biológico y psicológico se aumenta la probabilidad de tener la enfermedad, sabiendo que las situaciones en que la persona nace, se relaciona y convive forman parte de sus condicionantes de salud. (OMS, 2016).

El objetivo de esta revisión es evaluar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud en el Centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las personas, independientemente de la edad que se posea, tiene utilidad en la sociedad, no quedan excluidas las personas mayores de 60 años, pues son un miembro más en la familia; sin embargo la tendencia actual es que queden excluidos de actividades familiares por razones impuestas por la propia sociedad.

Dada la frecuencia con que se da la depresión y las respuestas emocionales que provoca este puede convertirse en un serio problema, sobre todo cuando se prolonga a través del tiempo y su agresividad aumenta paralelamente de moderada a grave, considerando las consecuencias que puede llegar a tener y que en el peor de los casos reportados ha llevado al suicidio. (OMS, 2016)

Este problema ya no distingue de raza, clases sociales, ni nivel socioeconómico, pues ha quedado demostrado que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS, 2016)

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud.

A nivel de Manabí no se evidencian estudios de esta naturaleza por lo que el presente trabajo de investigación pretende a contribuir a la identificación de la Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud en el Centro Integral del adulto mayor Julio Cedeño.

Esta investigación se origina en respuesta al problema que representa en salud pública la depresión en los adultos mayores que puede traer múltiples repercusiones en su salud mental y en su calidad de vida.

Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de depresión de los adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud?

1.3. ANTECEDENTES

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental, lo cual a su vez representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario. (OMS, 2016)

La incidencia de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (Álvarez, et al, 2013)

La situación problemática viene dada por el hecho de que en otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que los factores psicosociales que más inciden en la depresión del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez, sin embargo, estas investigaciones por lo general se limitan a abordar el tratamiento psicológico de la depresión en la vejez, sin valorar la calidad de supervivencia con posterioridad a ser tratados. (Haydeé, 2015)

Actualmente se siguen realizando decenas de investigaciones acerca de la evolución que tiene constantemente la depresión y sus posibles orígenes psicopatológicos. (Belloch, 2015) Un estudio realizado en Santiago de Chile en el cual se contó con una población de 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años y se valora el impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores se pudo evidenciar que con respecto a la presencia de quejas depresivas, el 16% refiere sentirse deprimido casi todos los días, el 45% algunas veces y el 39% casi nunca.

Destaca que de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$) el sentirse deprimido casi todos los días se asocia con una regular o mala autopercepción de la salud (23%), una baja percepción de la autoeficacia (22%), percepción de que sus ingresos económicos no son suficientes (23%), una negativa percepción de disponibilidad de apoyo instrumental (23%) y con la presencia de relaciones conflictivas (20%). Los resultados de las variables analizadas respecto a la presencia de quejas depresivas.

En otro estudio realizado en Antioquia, Colombia. Se llevó a cabo un estudio descriptivo multinivel de fuente secundaria con 4.060 registros de adultos mayores, en el cual se concluye que con respecto a la autonomía del adulto mayor, se encontró que una mayor prevalencia de riesgo de depresión se asoció con la dependencia física para la realización de las actividades diarias, situación que parece clara teniendo en cuenta que dicha limitación, así como la condición de dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad y el sentimiento de ser una carga para el otro, generan malestar y frustración en el adulto mayor.

En una investigación realizada en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra de 146 ancianos sobre los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, como resultados se obtuvo que existio un predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. (Haydeé, et al, 2015).

1.4. JUSTIFICACION

El envejecimiento de la población propicia que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La depresión es frecuente en la edad avanzada y puede revertirse con tratamiento. Sin embargo, si no se trata, puede disparar el deterioro y provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio. El 60 a 90% de mayores que se suicidan sufren de depresión. (CENETEC, 2011)

Este trabajo es importante porque permite identificar el grado de depresión en los adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales de salud, pues es esencial para el médico de primer nivel de atención estar capacitado para reconocer de manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones.

El centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño es una Institución Pública que permite el acceso a la información sobre los individuos que conforman dicho grupo, dando factibilidad a la investigación establecida, contando con el apoyo del personal médico, y la guía del tutor y revisor del trabajo de titulación; mientras que los recursos económicos se obtendrán del autofinanciamiento.

Los beneficiarios son los adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, las autoridades encargadas de dicha institución y la comunidad de Rocafuerte que se relaciona con ellos.

El impacto que se pretende es a nivel social y familiar para reconocer causas y determinantes de depresión, y las medidas para evitar la depresión en los adultos mayores como uno de los grandes síndromes geriátricos que junto a otros factores contribuyen al deterioro de la calidad de vida de los mismos.

1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Campo: Salud

Área: Medicina

Aspecto: Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud

Delimitación Espacial: Centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño. Rocafuerte. Ubicado en Vía a Riochico diagonal al Hospital Natalia Huerta de Niemes.

Delimitación Temporal: Octubre- Diciembre 2016

1. 6 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes Biopsicosociales de salud en el Centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

Valorar los factores sociales que intervienen en la depresión del adulto mayor.

Determinar los factores biológicos que predisponen a la depresión en los adultos mayores..

Describir los factores psicológicos enfocados a la personalidad que influyen en la depresión del adulto mayor.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

Algunos profesionales del sector sanitario tienen la creencia de que la depresión es un suceso fisiológico que forma parte de la senectud de cada persona. En relación a la literatura disponible en estos momentos, sobre todo considerando los estudios que se han efectuado y las publicaciones muy bien argumentadas, esta aseveración no es cierta. El estado depresivo es evitable y no forma parte de un acontecimiento de cambios regulares en la vejez, pues si esta se presenta 2 meses posteriores a algún hecho que pudiera desencadenarla no es normal. (Bosch, 2011)

Es muy frecuente la angustia emocional en el adulto mayor, lo que significa una reducción importante del modo de vivir en este grupo etario. Aunque también existe un fenómeno conocido como depresión mayor que según el ente máximo de salud en el mundo es la cuarta causa responsable de discapacidades anexas a la patología.

En la Atención Primaria su existencia es evidente, pues es la alteración mental que comúnmente se da en adultos mayores, un motivo de consulta muy usual y el más común de los trastornos patopsicológicos en quienes habitan en zonas residenciales.

Existen medios farmacológicos efectivos para el problema, considerando que aproximadamente el noventa por ciento de este grupo poblacional no está en tratamiento, lo que se explica generalmente por no tener ingresos suficientes o en su defecto por no estar bien controlados, al no hacer una correcta exploración, lo que se traduce como atención ineficaz.

Independientemente del estatus económico los errores antes mencionados ocurren permanentemente, incluso hay quienes cursan con otras enfermedades y son encasillados como depresivos y por consiguiente reciben su medicación

Son numerosos los pacientes en la globalidad con problemas depresivos y otros trastornos de la mente, los mismos que van en incremento. Una Asamblea en Salud en el 2013, mes de mayo por obvias razones sugirió que se de atención integral de forma ordenada en los puntos geográficos donde más se haya la enfermedad.

Entonces, se entiende como depresión a la asociación de síntomas que generan poco interés en sí mismo. Esto incluye desmotivaciones, persistencia de la funcionalidad y toma de decisiones. Cuando se da en personas mayores, es un cuadro que ataca a una de cada seis personas. Por lo menos 1 tercio de los adultos mayores atendidos por profesionales de la familia están deprimidos y de estos una gran cantidad reciben atención a domicilio.

Los problemas de la mente tienen un nivel prevalente en el que estar deprimido es común, pues los entendidos refieren que se da en el 10 % de personas y el dos% de pacientes mayores, siendo que cerca del 50% de individuos anuncia algún síntoma compatible a lo largo de su vivir. Se acompaña de gran incidencia, elevados costos a nivel individual y colectivo. Es sumamente posible en los que tienen enfermedades crónicas (Patino, 2013).

Los que tienen más de 65 años tienen mayores límites en sus funciones, que se vinculan con el éxito en su vivir diario, por lo mismo necesitan valorarse de forma íntegra a nivel geriátrico y al ser grupos prioritarios ser manejados con cautela, pues aparte de todo cada vez incrementan más los problemas mentales y el número de personas que los posee, y esto hace complicado el trabajo de sus cuidadores en el futuro. (Estrada, 2012).

El mayor número de gastos en salud y en cuestiones sociales se relaciona con ancianitos, y el éxito con que se conserven estos seres humanos habla de la integración familiar y la colectividad. Adicionalmente como parte de este hecho hay características que no favorecen a los pacientes cuando sus necesidades básicas no son suplidas y los sujetos se sienten aislados o maltratados. (Estrada, 2012).

Se han evidenciado adultos mayores que aunque vivan cómodamente, el no tener contacto físico y afectivo con personas cercanas les hacer caer en esta alteración mental. Otros estudios reportan que la viudez es un factor precipitante e imposibilita el desarrollo de actividades normales y la autonomía.

Este proceso patológico tiene diferentes clasificaciones, generalmente catalogados en tres grados que de más a menos con los siguientes: La depresión grave o mayor en la que los síntomas son potencialmente dañinos, lo que no específicamente implica tener pensamientos suicidas o un historial de hospitalizaciones recurrentes. Luego viene una depresión intermedia reconocida por varios autores, pero no tan bien establecida por otros que es la moderada.

Cuando esta e moderada los síntomas no son tan graves pero son más numerosos que cuando la crisis es leve e inician un impacto en el andar del paciente. En cambio cuando es leve o por el contrario distímica puede pasar desapercibida y si se notan pueden ir avanzando gradualmente y de un momento s otro ser graves.

La distimia en si es un estado inofensivo por catalogarlo de algún modo. El paciente suele tener inconvenientes con la alimentación y las horas del sueño. Se precisa de un cansancio inexplicable que constantemente se traduce en no querer levantarse de la cama.

El tradicional modelo cognitivo cree que las concepciones idiosincráticas y distorcionadas de los seres deprimidos influyen en la conservación de la clínica depresiva. Y de aquí nace la denominada triada cognitiva de Beck cuando hay apreciación negativa de sí mismo, del ambiente externo y de lo que está por venir.

Cuando se piensa de forma negativa hay una verdadera tendencia a creerse menos que los demás, un ser despreciable, inservible, que piensa que todo lo que hace no significa producción o involucra involución en todos los aspectos de la vida, no es capaz de percibir sus atributos y rechaza sus propias virtudes.

Cuando distorsiona la realidad de su entorno se mantiene en una postura donde no hay superación, donde todo se torna dificultoso para su ser y los que le rodean, hay expresiones de derrota, menosprecio y siente que los demás están destinados a cumplir con exigencias aunque tengan muchos obstáculos en el transitar, es como si intentaran poner barreras en el logro de metas trazadas.

Cuando no tienen visión hacia el futuro tratan de darle vueltas a asuntos que no tienen complejidad, como si armaran un laberinto de opciones donde la salida debiera ser clara desde el inicio. Es una manera indirecta de prever que los problemas continuarán indefinidamente y que siempre van a estar presentes aunque se les busque la salida. (Navas, 2012).

Los pacientes deprimidos tienen por costumbre general manifestar un desorden claro, evidente en su forma de pensar, muestran patrones marcados. Y se enfrascan en la inferencia arbitraria, para poder llegar a conclusiones que ante los demás no son racionales. Son perturbadores en la personalización, con tendencia a hacer gestos que aunque no parecen normales en una persona corriente se vuelven propias de él que el entorno termina adaptándose a ello.

La generalización excesiva sucede cuando sin justificación de forman criterios de un incidente, se forman juicios, y se expresan ideas con el fin de convencer a los demás, suponen que el tener un mal momento indica fracasar constantemente, o de hecho hacerlo siempre.

Otro término clave es la amplificación, cuando se propende a aumentar la significación de algún suceso, se magnifica y tergiversa la realidad de todo. Esto conduce a menudo a tener ideas de suicidio o a tener consideraciones de que su vida terminará pronto por presentar enfermedades crónicas o terminales, llegando a ideas disparates y afirmaciones con tendencia al catastrofismo.

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. El Comité de Expertos de pacientes geriátricos de la OMS aseveró que esta patología se da más a partir de la sexta

década de vida, habiendo predominio en las mujeres, pudiendo pasar desapercibida en el género masculino.

Para considerar los elementos biopsicosociales que intervienen directamente en una persona se evaluar la alteración como tal pues la interacción que se muestra es un abanico de características evidentes. En la edad avanzada hay modificaciones en el organismo sobre todo a nivel cerebral y esto hace que la predisposición a la enfermedad aumente, así como suelen hacer situaciones familiares penosas que multiplican las probabilidades.

Los mecanismos de adaptación cuando no funcionan provocan todos los componentes que se mencionaron en acápites anteriores donde sobresalen los sentimientos de sentirse inferior. Cuando se pierde un familiar se unen recursos que involucran el nivel psicológico, social, familiar y de economía que giren entorno al anciano. (Becerra, 2014).

También vale mencionar que los procesos depresivos ocasionan mucho estrés y manifestaciones de disfuncionalidad que tienen como resultado final una depresión. Se ha venido demostrado que la asociación entre ésta última y la salud física están fuertemente ligadas y a mayor edad recobran mayor interés. Es decir que se potenciará una patología con otra.

Los programas de prevención disminuyen sin duda la aparición de este trastorno. Se han propuesto estrategias comunitarias que van desde charlas escolares para promover el

pensamiento positivo hasta intervenciones en problemas de conducta que tengan tendencia a síntomas depresivos a cualquier edad. Pues estas situaciones no deben ser analizadas solo en mayores de sesenta y cinco años sino desde la juventud.

Se ha aceptado una división de elementos que desencadenan depresión. Tenemos los factores aceptados como alteraciones del sueño, discapacidades de todo tipo, antecedentes de la enfermedad, ser mujer o estar de duelo. Pues un gran porcentaje de abuelos que enviudan están desprovistos de enormes posibilidades de desarrollar el cuadro clínico típico sobre todo en el primer año posterior a la muerte de su pareja, que puede extenderse hasta los 3 años.

Un consenso de 1991 sacó a la vista pública criterios para encasillar el Episodio Depresivo Mayor en el mes de muerte de cónyuge, indicando que un veinte por ciento de los pacientes muestran síntomas en los 2 siguientes meses del acontecimiento en relación a la población general. (Bosch, 2011).

Algunos factores inciertos incluyen reducción de la calidad del estado de salud, ir deteriorando el estado de cognición, vivir sin compañía y tener otras patologías asociadas. Finalmente los componentes no comprobados como incremento de la edad mayor a sesenta años, nivel educativo bajo, estar soltero o tener un soporte económico poco rentable.

El diagnóstico del problema está sujeto a diversos errores porque tiene una presentación inusual representada por síntomas somáticos, hipocondría, pérdida progresiva

de peso, dolores que persisten, alteraciones de conducta, consumo excesivo de drogas y sustancias nocivas. Esto va de la mano con manifestaciones psiquiátricas como estar triste, tener poca movilidad, delirios, intentar suicidarse, falta de apetito, aislamiento, pocas ganas de salir, exclusión. (Chong, 2012).

Se han utilizado muchos instrumentos para valorar estos pacientes. A través del tiempo y la tecnología surgió la escala de Eysenck. Esta teoría está basada en principios psicológicos y genéticos. El creador era un conductista que pensaba que los hábitos del individuo representaban su personalidad y que las diferencias respecto a esto entre un ser y otro depende de lo genético. Y esto se traduce en un interés enorme por el temperamento personal.

Cuando se habla de temperamento se hace referencia a la personalidad innata, a la que se refiere el autor, que abarca el lapso desde que se nace o incluso antes. Esto no especifica que se debe regir todas las percepciones en base a personalidades sino en los conocimientos y aprendizajes de cada experiencia. Con esto se pretende separar lo considerado natural, de los estilos de crianza y ambientes que se generan en los hogares de acuerdo a cada ambiente intrafamilia.

Este test mide dos dimensiones de importancia, como son introversión- extroversión (E) y neurotismo (estabilidad- inestabilidad) (N). Consiste en 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO.

Sus nombres indican el proceder de cada tipo. El extrovertido intervienen en las celebraciones, hace muchos amigos, pasa hablándoles, se integra a los demás, no lee o analiza algo solo, se preocupa en hacer bromas y mantener el optimismo para reír y divertirse, no se detienen a pensar y actúa sin temor aunque suele ser agresivo y salirse de sus cabales con facilidad, pero su mente vuela e imagina, por momentos puede volverse impulsivo, genera propuestas, no siempre es predecible y aunque es muy abierto es poco confiado.

El introspectivo es más tranquilo, de carácter aislado, se detienen a analizar a las personas, se reserva opiniones y guarda distancia, solo muestra todo a sus verdaderas amistades, planea todo premeditadamente, no actúa por instinto ni impulsos momentáneos, no se deja llevar por emociones, no suele ser agresivo y no pierde el temple con facilidad, sugiere pesimismo, realza los valores y principios, pero al mismo tiempo eso lo hace previsible.

Aquí se menciona el neurotismo, que se liga a la excitabilidad del cerebro en cuestiones de autonomía, que influye en alteraciones cardiovasculares, con aumento de los latidos cardiacos, aumento de la presión, cambios en la respiración. Es indicativo de nerviosismo e inestabilidad, se asocia a cambios conductuales groseros y severos, con tendencia a hacer problemas gástricos agresivos.

Los melancólicos llevan tendencia al capricho, se tornan ansiosos, bastante reservados, nada sociables, siempre con desánimo, de aquí nacen muchos personajes distímicos que generan obsesiones por cosas, personas o lugares, al igual que fobias, con condicionates emocionales radicales, sujetas a su forma de pensar.

Los coléricos tienen cambios de hemodinamia drásticos con cambios de inhibición y excitación, suelen tener sensibilidad aumentada, con acciones impulsivas, ideas de optimismo y creatividad. Son pacientes que tienen déficit para conciliar el sueño pero logran despertarse al mínimo estímulo.

Los sanguíneos tienen equilibrio en su accionar, piensan rápido, son orientados en opiniones e ideas, viven sin preocupaciones, son sociables, se adaptan con facilidad a nuevos ambientes. Y un último tipo que es el flemático donde hay una proporcional mezcla entre equilibrio y lentitud, pues tienen a la pacificidad pero son tercos, imponen sus rutinas y sus hábitos, llevan a la reflexión continua y creen que siempre hay una nueva oportunidad luego de un error. Con facilidad pueden alejarse de personas, lugares y cosas.

Otro test que se utiliza es el de Yesavage. La población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones: - Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: • 0 - 4: Normal • 5 ó +: Depresión.

Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión. (Nava, 2012)

Los médicos reconocen la terapéutica a emplear en estos pacientes principalmente cuando se encuentran en los grados moderados y graves. Esto se direcciona a ayuda psicológica, terapia conductual e interpersonal, paralelo a tratamiento farmacológico con antidepresivos, entre los que figuran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos.

Cuando se instauran estas medidas hay que tener presentes las reacciones que se dan por estos fármacos, por si hay que intervenir de algún modo.

Las terapias de conductas son favorables en los casos leves, en el que casi quedan descartados los fármacos, haciendo énfasis de no ser usados en menores ni como primera opción en adolescentes.

La depresión se considera una problemática básica en los programas para preservar la salud mental, las entidades máximas sanitarias promueven ampliar estrategias a nivel mundial para ayudar a personas con trastornos mentales y neurológicos para prestarles

atención de especialidad, para que cuenten con atención eficaz, oportuna para hacer una vida normal, incluso cuando no haya disponibilidad de recursos económicos (OMS, 2016)

Por ello, y por muchas razones que se dejan ver entre líneas los adultos mayores son considerados dentro de los grupos vulnerables, ante los cuales hay que emprender acciones que conlleven a mejorar los aspectos de la Salud Pública en este sentido, además generar conciencia en quienes llegan al olvido con estos seres una vez que sus funciones o incluso sus años se van desgastando.

2.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables

Variable

Depresión

Variable

Determinantes biopsicosociales de salud

VARIABLE: DEPRESION				
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INDICE
La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el adulto mayor, suele ser altamente incapacitante por lo que tiene un alto costo socioeconómico. Su forma de presentación es con frecuencia atípica y se acompaña de síntomas somáticos y trastornos cognitivos. Se asocia a la presentación ulterior de síndromes demenciales.	Grado de depresión	Normal	0-5	
		Leve	6-9	
		Moderada /Grave	> 9	

VARIABLE: DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD					
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INDICE	SUBINDICE
Los determinantes o factores biológicos como es el sexo, edad, herencia genética, son determinantes porque son esenciales en la conformación de grupos vulnerables como los adultos a cierto tipo de patologías, por lo que determinan y condicionan la presencia o ausencia de algunas enfermedades.	Factores Biológicos	Grupo por edad	De 65 a 70 años De 71 a 75 años De 76 a 80 años De >80 años	Si No Si No Si No Si No	
		Grupo por genero	Masculino Femenino		
		Estado Nutricional (por Índice de masa corporal)	Delgadez Normal	Si No Si No	

			Sobrepeso	Si No	
			Obesidad grado 1	Si No	
			Obesidad grado 2	Si No	
			Obesidad Mórbida	Si No	
		Antecedentes Patológicos Personales	Hipertensión Arterial	Si No	
			Diabetes Mellitus	Si No	
			Artritis	Si No	
			Cáncer	Si No	

			Ninguna	Si No	
		Discapacidades	Auditivas Visuales Físicas Intelectuales	Si No Si No Si No Si No	
		Antecedentes Patológicos Familiares	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Artritis	Si No Si No Si	

				No	
			Cáncer	Si	
				No	
			Depresión	Si	
				No	
			Ninguna	Si	
				No	

VARIABLE: DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD					
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INDICE	SUBINDICE
Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.	Factores sociales	Estado Civil	Casado	Si	
				No	
			Soltero	Si	
				No	
			Viudo	Si	
				No	
			Unión Libre	Si	
				No	
		Procedencia	Distrito urbano	Si	
				No	
			Distrito rural	Si	
				No	

		Nivel Socioeconómico (por autodefinición)	Alto Medio Bajo	Si No Si No Si No	
		Necesidad de Comunicación Social (por autodefinición)	Siempre A veces Nunca	Si No Si No Si No	
		Servicios de Salud (Acceso)	MSP IESS ISFFA	Si No Si No Si	

			ISPOL	No Si No	
		Situación familiar (por autodefinición)	Buena Regular Mala	Si No Si No Si Nop	

VARIABLE: DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD					
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INDICE	SUBINDICE
El espectro psicológico involucra el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida. Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales.	Tipo de Personalidad	Relación con los demás.	0-12 13-24	Introvertido Extrovertido	
		Neurotismo	0-12 13-24	Estable Inestable	
		Grupo por tipos de personalidad	Colérico Melancólico Flemático Sanguíneo	Si No Si No Si No Si No	

CAPITULO III

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo exploratorio y prospectivo.

3.1.2. MODALIDAD DE INVESTIGACION

Es cuantitativo.

3.1.3. LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014-2015, el presente trabajo investigativo se encuentra en la línea de Grupos Vulnerables, Sublinea Adulto Mayores.

AREA DE ESTUDIO

Centro Integral del Adulto Mayor "Julio Cedeño", Ciudad de Rocafuerte, Provincia de Manabí, Ecuador.

3.1.4. TIEMPO DE ESTUDIO

Se realizó en el periodo comprendido entre Octubre a Diciembre del 2016.

3.1.5. UNIVERSO

El universo estuvo constituido por los usuarios adultos mayores que acuden al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor "Julio Cedeño".

3.1.6. POBLACION

La población de estudio estuvo conformada por 38 usuarios adultos mayores que acuden al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor "Julio Cedeño".

3.1.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios adultos mayores de 65 años de edad
- Usuarios adultos mayores que querían ser parte del estudio y que firmaron el consentimiento informado.

3.1.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyó a todos aquellos usuarios adultos mayores quienes durante el estudio se retiren voluntariamente del mismo.
- Usuarios adultos mayores que fallecieron durante el estudio

3.1.9. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Método: Se solicitó por medio de oficio a la líder del Centro Integral del Adulto Mayor "Julio Cedeño" el correspondiente permiso para trabajar con los usuarios adultos mayores de dicha institución y el acceso a las historias clínicas de los mismos en el centro de salud de Rocafuerte. Con previo acuerdo mutuo se obtuvo el acceso solicitado para el permiso solicitado y el acceso a la información descrita.

Instrumentos para la recolección de datos: Se elaboró un instrumento de recolección de datos en base a factores biológicos y sociales. (Anexo 1) Se utilizó otro instrumento el Test EYSENCK para los factores psicológicos (Anexo 2). Además se utilizó test de YESAVAGE para medir la presencia y el grado de depresión (Anexo 3).

Técnicas: Se utilizó la técnica de la entrevista personal, aplicado para cada paciente de forma individual.

Fuente de información: Primaria porque se recogió información a partir de los usuarios adultos mayores. Además también de tipo secundario ya que se contó con información en formularios de historias clínicas.

3.1.10. PLAN DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Plan de Recolección: Se utilizó el Formulario de Recolección de Datos para la obtención de la información.

Plan de tabulación: Se hizo enumeración y fichaje de cada una de las entrevistas posteriormente se realizó conteo de forma manual, y después en Excel se elaboró una base de datos en base a factores biológicos, sociales y psicológicos a partir de la información recolectada.

Análisis: Se usaron características descriptivas representadas en porcentajes. Se hicieron relación entre variables como depresión y determinante biopsicosociales de salud por métodos complementarios de forma bivarial con medidas descriptivas y frecuencia absoluta y relativa.

Presentación de datos: Para los datos cuantificados se emplearon tablas, gráficos y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Para la representación de las univariable se usaron gráficos de pasteles y de columnas (estado nutricional, edad), y para la bivariables se utilizaron gráficos de columnas.

Se utilizó el programa antiplagio para corroborar la autenticidad de la investigación

3.1.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se guardará la confidencialidad de la ficha de cada paciente siendo usada solamente con fines investigativos. Además los resultados obtenidos serán entregados a la institución.

CAPITULO IV

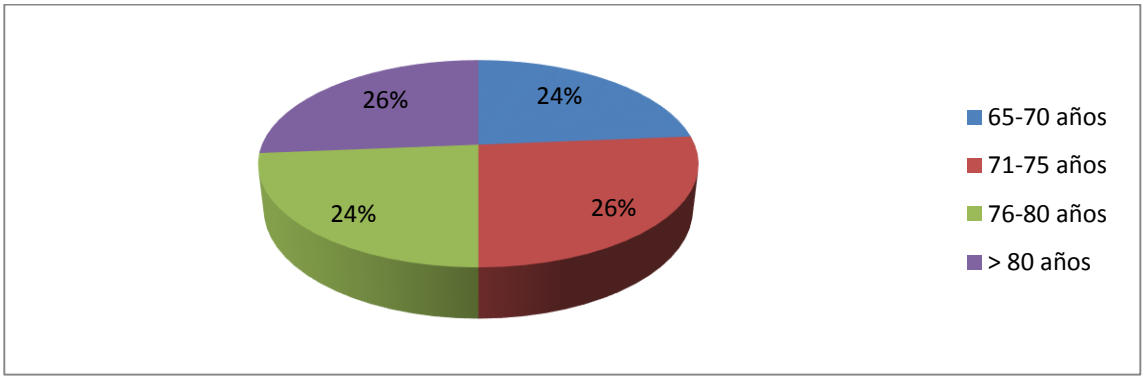
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N º 1

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

GRUPO DE EDAD	Nº	%
65-70 años	9	24
71-75 años	10	26
76-80 años	9	24
> 80 años	10	26
Total	38	100

GRÁFICO N º 1



Fuente: Formulario para Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 1:

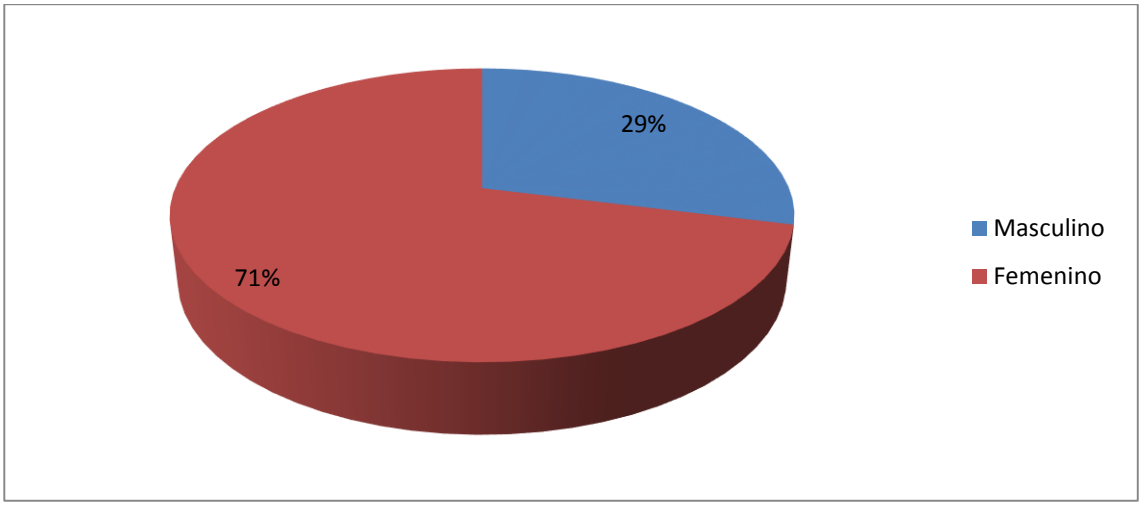
La presente grafitabla muestra que la población en estudio está compuesta en grupos de edad con casi el mismo número de personas, destacando que existen 10 personas mayores de 80 años con un 26% superando la esperanza de vida, de igual manera el grupo de 71 a 75 años de edad con el mismo porcentaje, y las edades entre 65 a 70 y de 76 a 80 años ocupan ambos el 24 %. Lo que se concuerda en parte con un estudio realizado en Cuba sobre los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia (Haydeé, et al, 2015).

TABLA N º 2

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE GÉNERO QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

GRUPO DE GÉNERO	Nº	%
Masculino	11	29
Femenino	27	71
Total	38	100

GRÁFICO N º 2



Fuente: Formulario para Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 2:

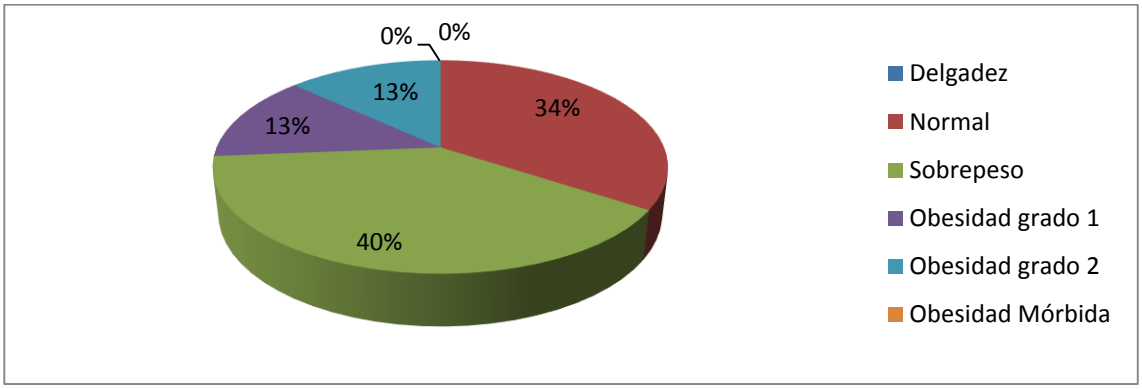
De acuerdo a los datos recolectados, el presente gráfico indica que, de la población en estudio, existe un predominio del género femenino en los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño con un 71 %, lo que se relaciona en parte con un estudio realizado en Cuba sobre los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, como resultados se obtuvo que existió un predominó el sexo femenino en un 64.38 %.(Haydeé, et al, 2015). El género en sí, es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 a 2 veces mayor que en hombres.

TABLA N º 3

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGUN ESTADO NUTRICIONAL POR INDICE DE MASA CORPORAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

ESTADO NUTRICIONAL POR INDICE DE MASA CORPORAL	Nº	%
Delgadez	0	0
Normal	13	34
Sobrepeso	15	40
Obesidad grado 1	5	13
Obesidad grado 2	5	13
Obesidad Mórbida	0	0
Total	38	100%

GRÁFICO N º 3



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 3:

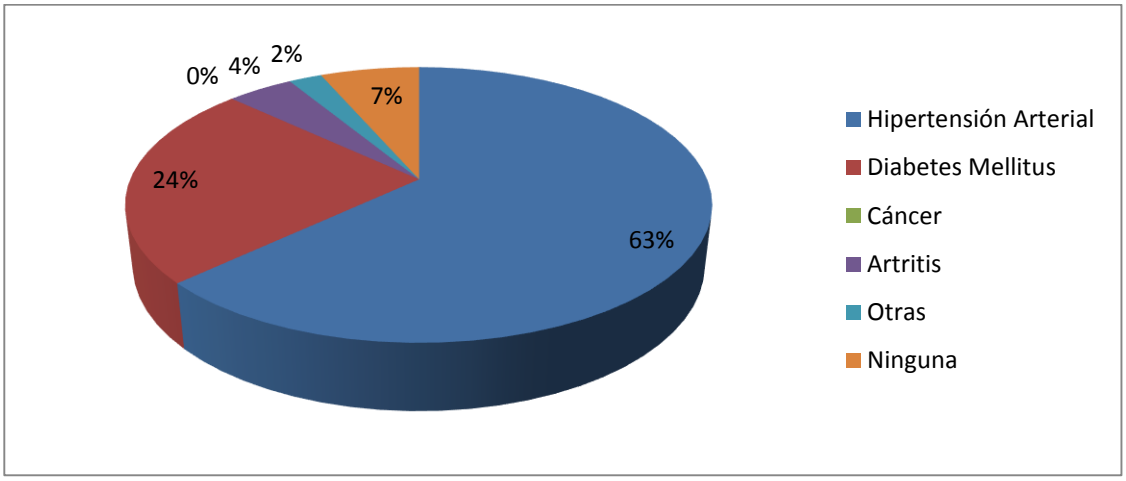
En relación al índice de masa corporal se puede evidenciar que más de la mitad de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño está con un peso fuera de los parámetros normales, es decir que, el 66% de ellos presenta algún tipo de alteración, distribuidos el 40% con sobrepeso y el 13% con obesidad grado 1 y otro 13 % con obesidad grado 2; mientras, tan solo el 29% tiene un peso adecuado. En relación a esto un estudio realizado en México sobre peso corporal y depresión en adultos mayores se menciona un 32.9% de la población de estudio presento sobrepeso, y solo un 4% obesidad. (Badillo, D. et al 2015).

TABLA N º 4

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	Nº	%
Hipertensión Arterial	29	63
Diabetes Mellitus	11	24
Cáncer	0	0
Artritis	2	4
Otras	1	2
Ninguna	3	7
Total	46	100

GRÁFICO N º 4



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 4:

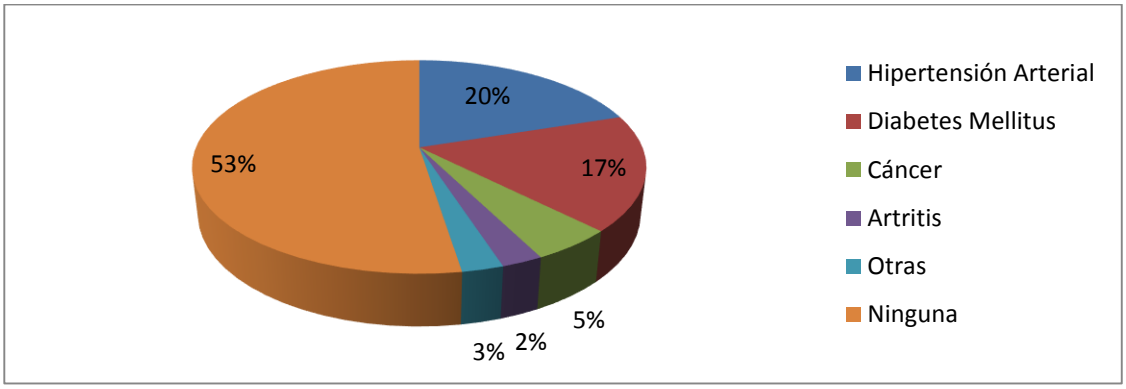
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño presentan enfermedades crónicas principalmente hipertensión arterial en un 63%, otro 11% presento diabetes mellitus tipo 2 . Lo que se relaciona con un estudio realizado en México en el 2014 Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud donde se determinó que la depresión fue mayor en adultos mayores que presentaron co morbilidad (Ruiz, D. 2014).

TABLA N º 5

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	Nº	%
Hipertensión Arterial	8	20
Diabetes Mellitus	7	17
Cáncer	2	5
Artritis	1	2
Depresión	0	0
Otras	1	3
Ninguna	21	53
Total	40	100

GRÁFICO N º 5



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 5:

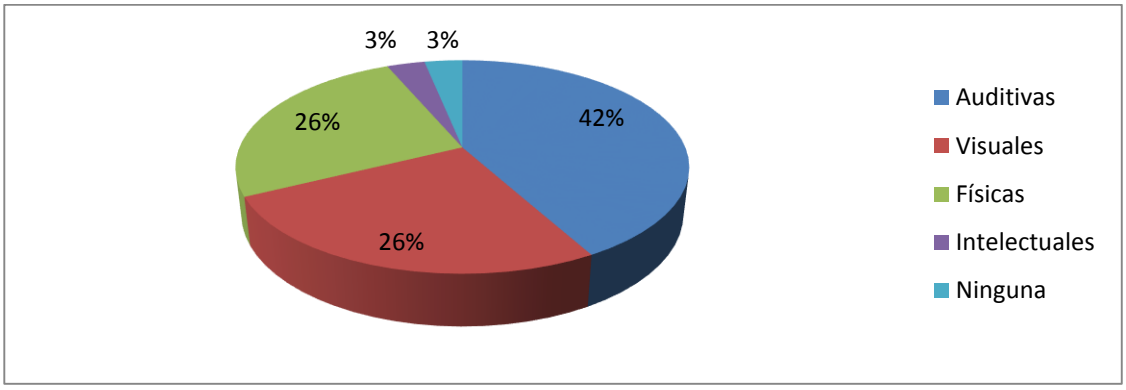
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño presentan algún tipo de antecedente patológico familiar como hipertensión arterial en un 20%, diabetes mellitus en un 17%, y la mayor parte de la población refiere no presentar ningún antecedente patológico familiar en un 53%. Lo que se relaciona con un estudio En San Lorenzo realizado sobre depresión en adultos de 60 a 75 años en el cual se hace referencia que 35% de los deprimidos presentaban antecedentes familiares. (Chavarría, 2011)

TABLA N º 6

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR DISCAPACIDADES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

DISCAPACIDADES	Nº	%
Auditivas	5	13
Visuales	3	8
Físicas	3	8
Intelectuales	0	0
Ninguna	27	71
Total	38	100

GRÁFICO N º 6



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 6:

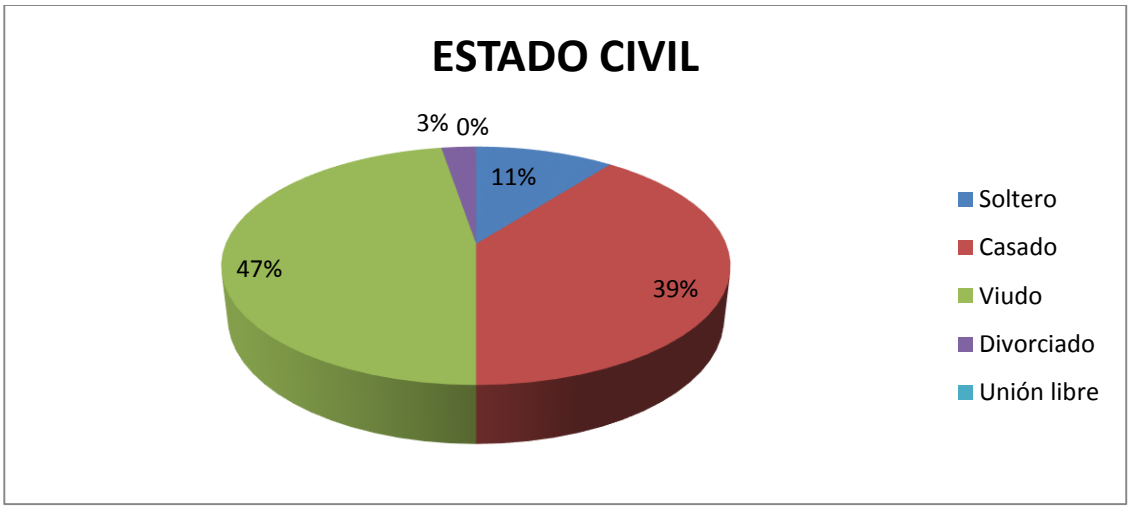
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño en lo correspondiente a la presencia de Discapacidades en la mayoría se evidencio presencia de discapacidades auditivas 13% otro porcentaje importante se representan con la presencia de discapacidades visuales y físicas con un 8%.

TABLA N º 7

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR ESTADO CIVIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero	4	11
Casado	15	39
Viudo	18	47
Divorciado	1	3
Unión libre	0	0
Total	38	100

GRÁFICO N º 7



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 7:

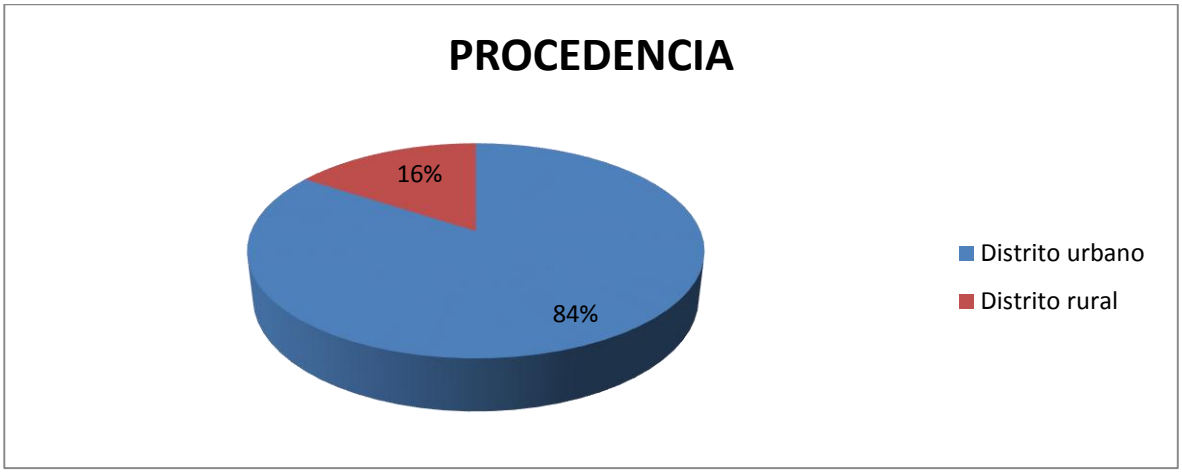
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño en lo correspondiente a su estado civil la mayoría es viudo en un 47% otro porcentaje importante es casado con un 39%, un pequeño porcentaje son solteros con un 11%. Las investigaciones que examinan la relación entre el estado civil y la presencia de un trastorno depresivo, han observado que las personas casadas gozan de una mejor salud mental que sus contrapartes solteras o viudas. (Chavarría, 2011)

TABLA N º 8

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR PROCEDENCIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”, ROCAFUERTE

PROCEDENCIA	Nº	%
Distrito urbano	32	84
Distrito rural	6	16
Total	38	100

GRÁFICO N º 8



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 8:

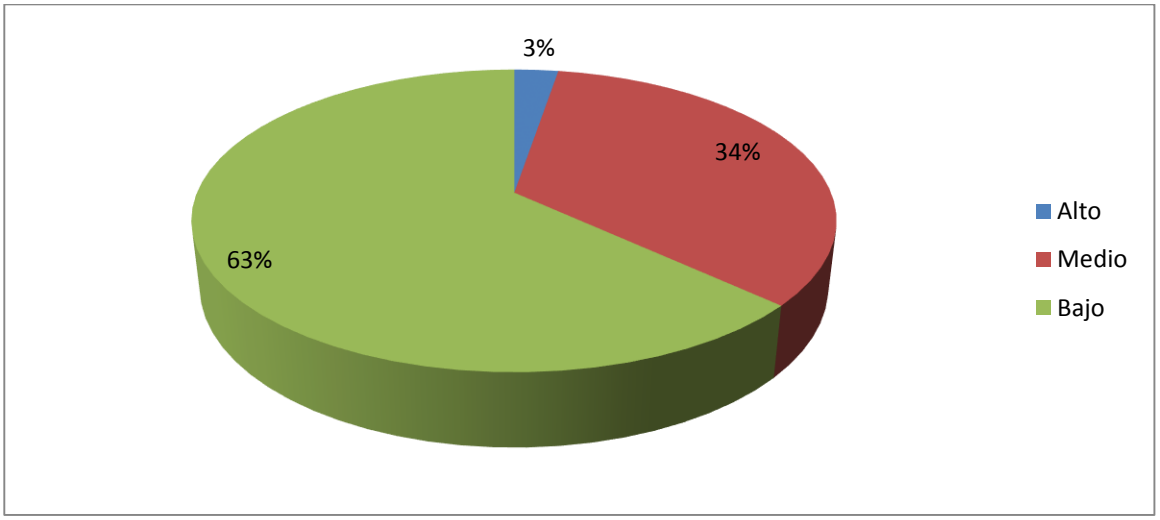
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño procede del distrito urbano con un 84%. Existen diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales, generalmente la prevalencia de depresión en las zonas rurales es menos que la de las zonas urbanas. (Provensal, M. 2012).

TABLA N º 9

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO POR AUTODEFINICION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

NIVEL SOCIOECONÓMICO POR AUTODEFINICION	Nº	%
Alto	1	3
Medio	13	34
Bajo	24	63
Total	38	100

GRÁFICO N º 9



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 9:

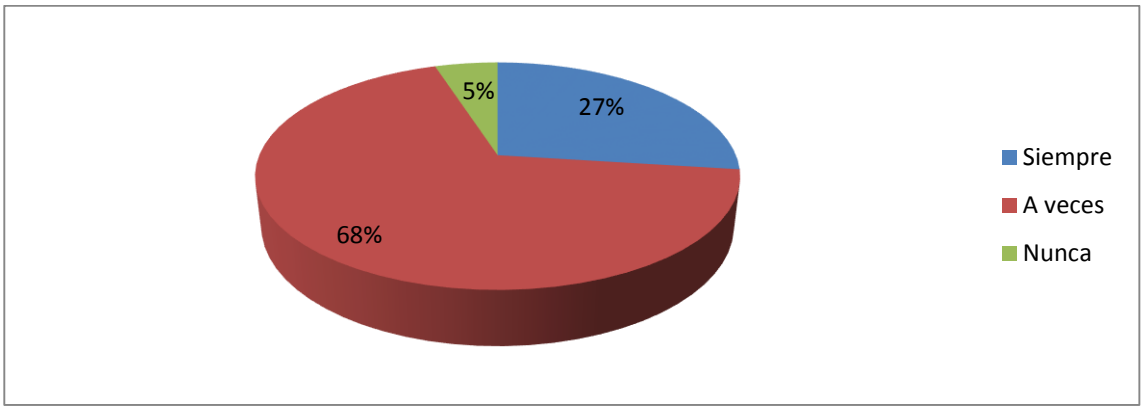
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño posee un nivel socioeconómico bajo con un 63%, otro porcentaje importante que corresponde al nivel socioeconómico medio presenta un 34%. Un estatus socioeconómico bajo y otros determinantes psicosociales, como las situaciones estresantes, también pueden contribuir a la incidencia de la depresión (Handley, 2012).

TABLA N º 10

USUARIOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE SEGÚN NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL	Nº	%
Siempre	10	27
A veces	26	68
Nunca	2	5
Total	38	100

GRÁFICO N º 10



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 10:

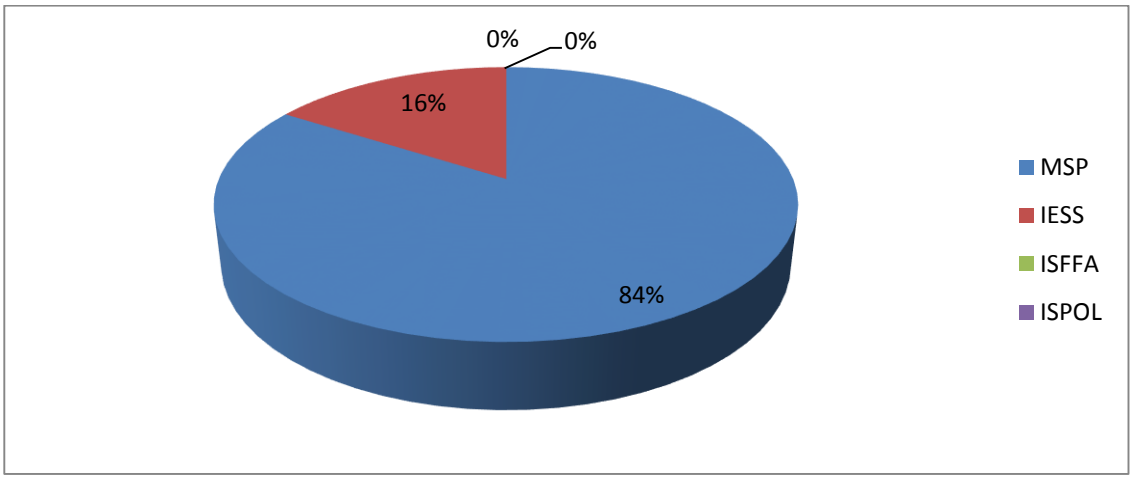
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño según sus necesidades de comunicación social menciona que posee a veces 68%, Siempre con un 27% y una mínima parte que nuca con un 5%.

TABLA N º 11

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	Nº	%
MSP	32	84
IESS	6	16
ISFFA	0	0
ISPOL	0	0
Total	38	100

GRÁFICO N º 11



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 11:

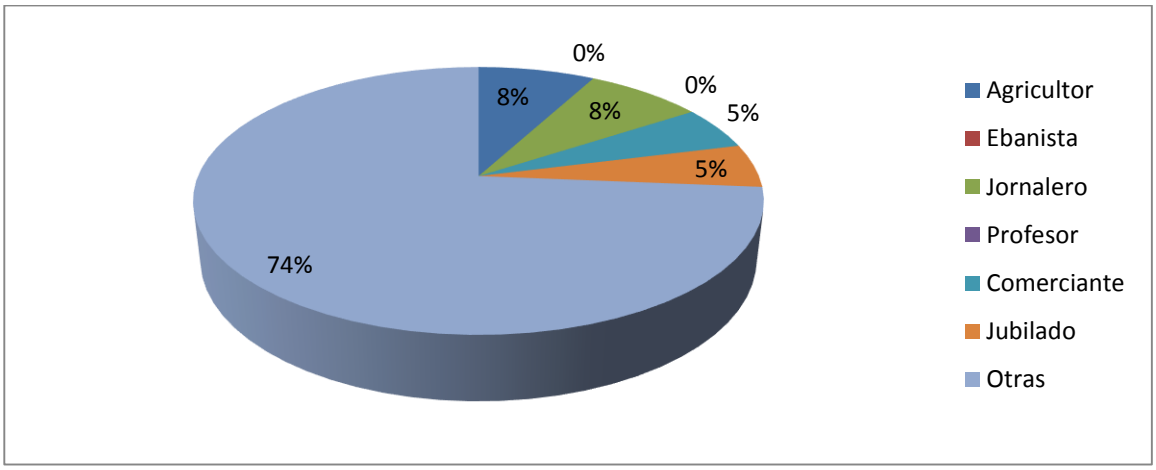
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño posee acceso a los servicios de salud del MSP con un 97% y una mínima parte los posee pero en el IESS que corresponde a un 3%. Datos previos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México mostraron que los AM residentes de áreas urbanas reportaron mayor uso de servicios de salud, mientras que los de bajo nivel socioeconómico tenían menor acceso (INEGI, 2014).

TABLA N º 12

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR OCUPACIÓN ACTUAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

OCUPACIÓN	Nº	%
Agricultor	3	8
Ebanista	0	0
Jornalero	3	8
Profesor	0	0
Comerciante	2	5
Jubilado	2	5
Otras	28	74
Total	38	100

GRÁFICO N º 12



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 12:

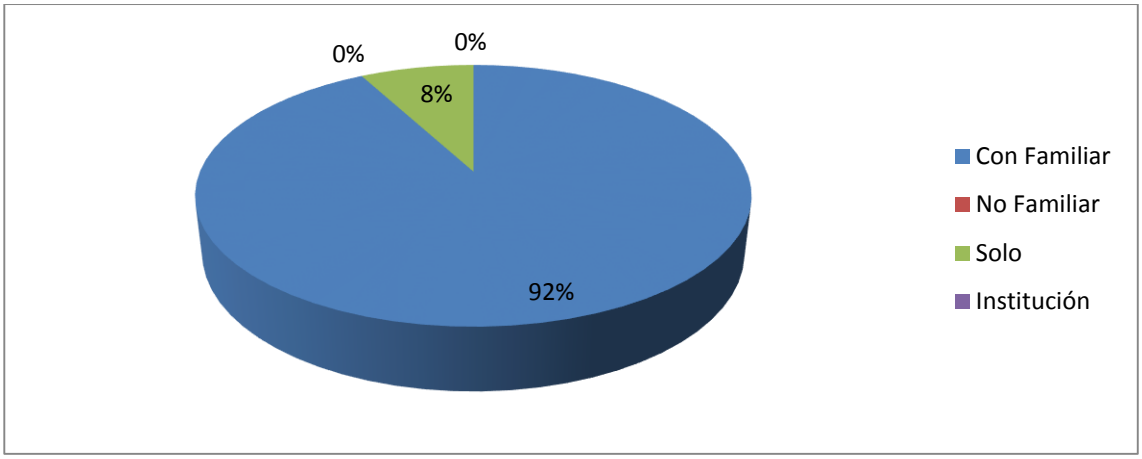
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño ocupan su tiempo en otras actividades varias entre las cuales destacan mayormente en los quehaceres domésticos con un 74%, y en menor cantidad encontramos agricultores, jornaleros con un 8% y comerciantes acompañando de personas ya jubiladas con un 5%.

TABLA N º 13

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR CONVIVENCIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

CONVIVENCIA	Nº	%
Con Familiar	35	92
No Familiar	0	0
Solo	3	8
Institución	0	0
Total	38	100

GRÁFICO N º 13



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 13:

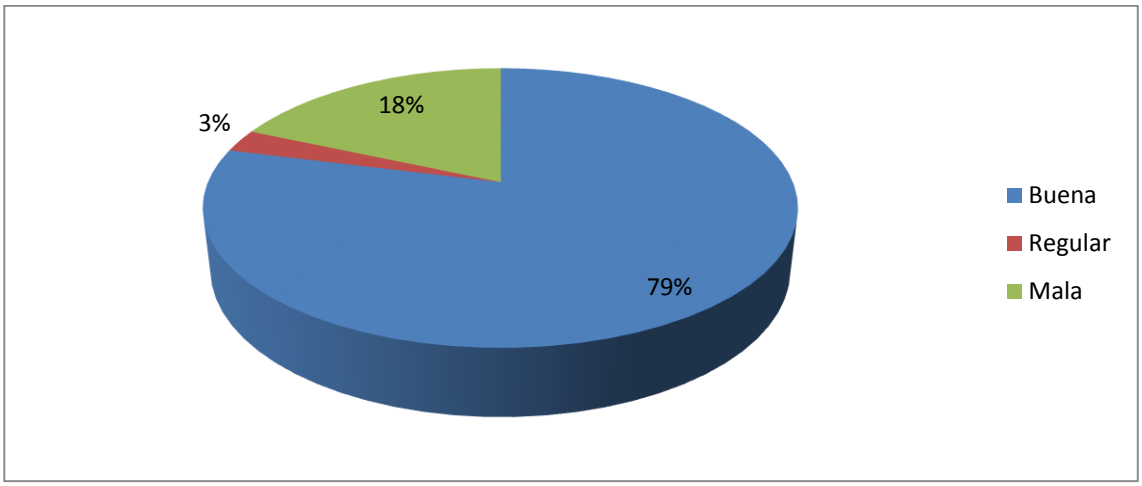
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño conviven con algún familiar con un 92% y solo una porción de estos convive solo con un 8%.

TABLA N º 14

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SITUACIÓN FAMILIAR POR AUTODEFINICION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

SITUACIÓN FAMILIAR POR AUTODEFINICION	Nº	%
Buena	30	79
Regular	1	3
Mala	7	18
Total	38	100

GRÁFICO N º 14



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 14:

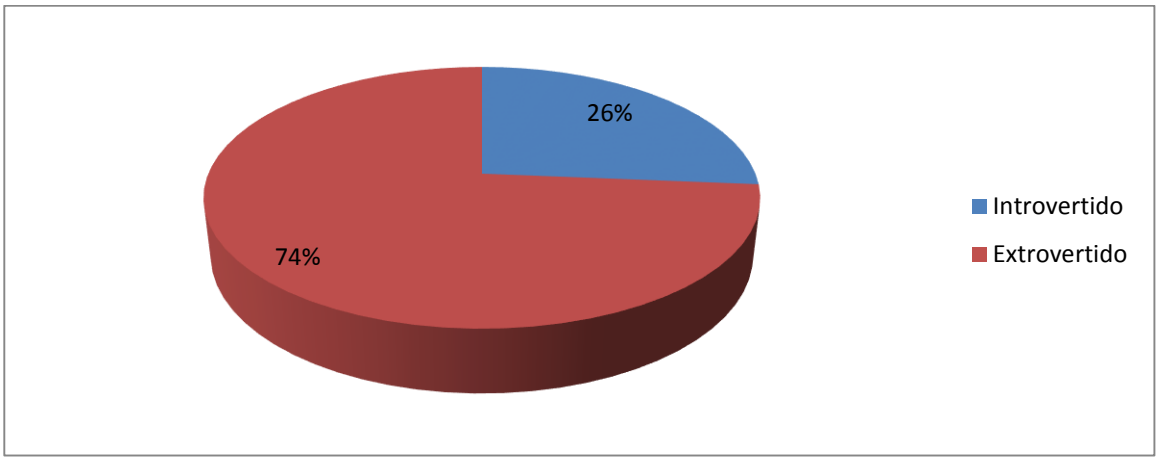
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño tienen una situación familiar buena con un 79%, una mala situación familiar representan aproximadamente un 18%, y en menor cantidad los que están en regular situación posee 3%. Lo cual concuerda con el estudio de Depresión en Adultos Mayores realizados en San Lorenzo en las que se concluyó, que la mayor parte del grupo de estudio tenía buenas relaciones. (Chavarría, 2011)

TABLA N º 15

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN RELACIÓN CON LOS DEMAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

RELACIÓN CON LOS DEMAS	Nº	%
Introvertido	10	26
Extrovertido	28	74
Total	38	100

GRÁFICO N º 15



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 15

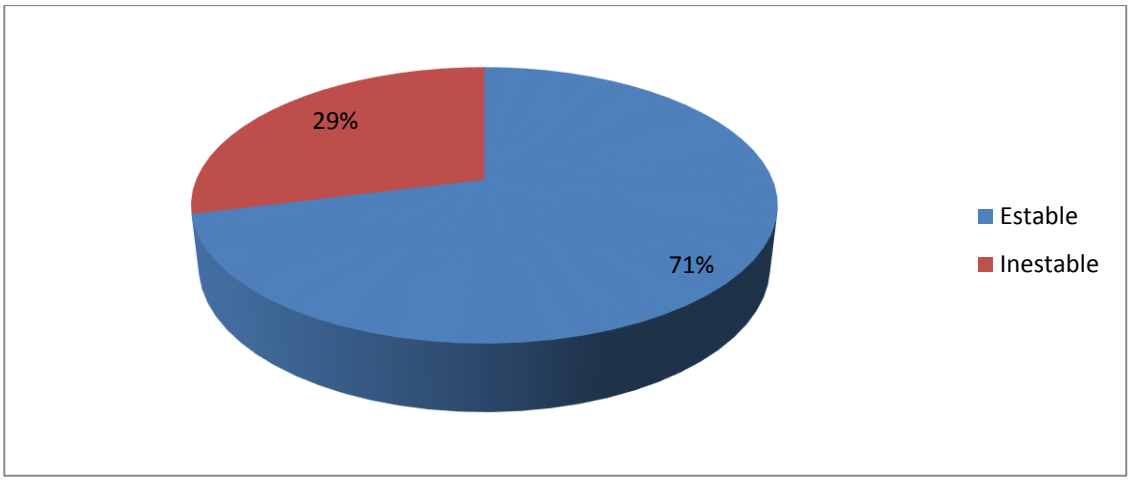
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño poseen una dimensión psicológica de personalidad apunta a que son extrovertidos con un 74%, y en menor cantidad encontramos personas introvertidas representadas con un 26%. Revelando que la mayoría de estos son personas optimistas, que les gusta participar en actividades y relacionarse con otras personas.

TABLA N º 16

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN NEUROTISMO QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

NEUROTISMO	Nº	%
Estable	27	29
Inestable	11	71
Total	38	100%

GRÁFICO N º 16



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 16

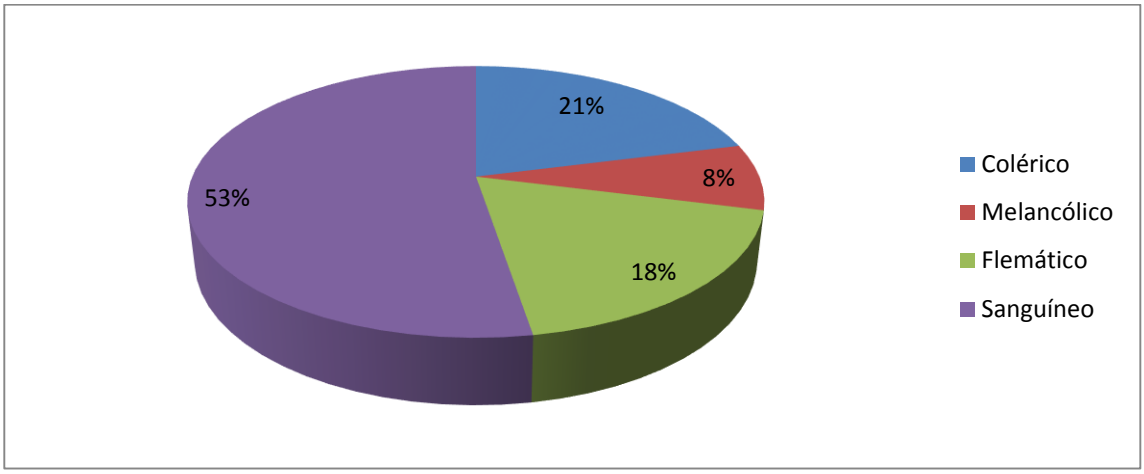
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño son personas que acorde con su neuroticismo se encuentran estables representadas con un 71%, e inestables en menor cantidad con un 29%. Lo que indica que la mayor parte de estas son personas que tienden a presentarse seguras, sin timidez, emocionalmente estables, y a su vez menos tensas, ansiosas.

TABLA N º 17

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

TIPO DE PERSONALIDAD	Nº	%
Colérico	8	21
Melancólico	3	8
Flemático	7	18
Sanguíneo	20	53
Total	38	100

GRÁFICO N º 17



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 17

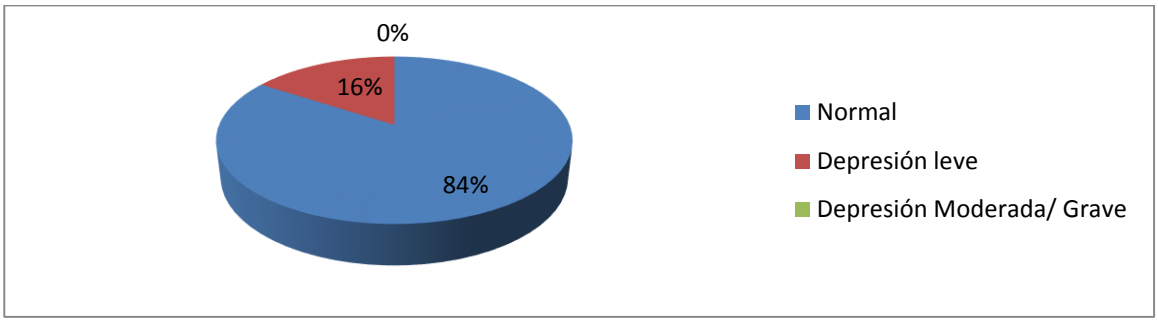
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño posee un tipo de personalidad Sanguíneo con un 53% en menor proporción encontramos personalidades de tipo coléricos con un 21%, flemáticos con un 18%, los melancólicos con un 8%. Indicando el dominio de grupo por personas equilibradas, sociables, locuaces reactivas, con buena capacidad de trabajo, facilidad para adecuarse a situaciones nuevas y que tienden a ser líderes de gran productividad.

TABLA N º 18

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO", ROCAFUERTE.

GRADO DE DEPRESIÓN	Nº	%
Normal	32	84
Depresión leve	6	16
Depresión Moderada/ Grave	0	0
Total	38	100

GRÁFICO N º 18



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 18

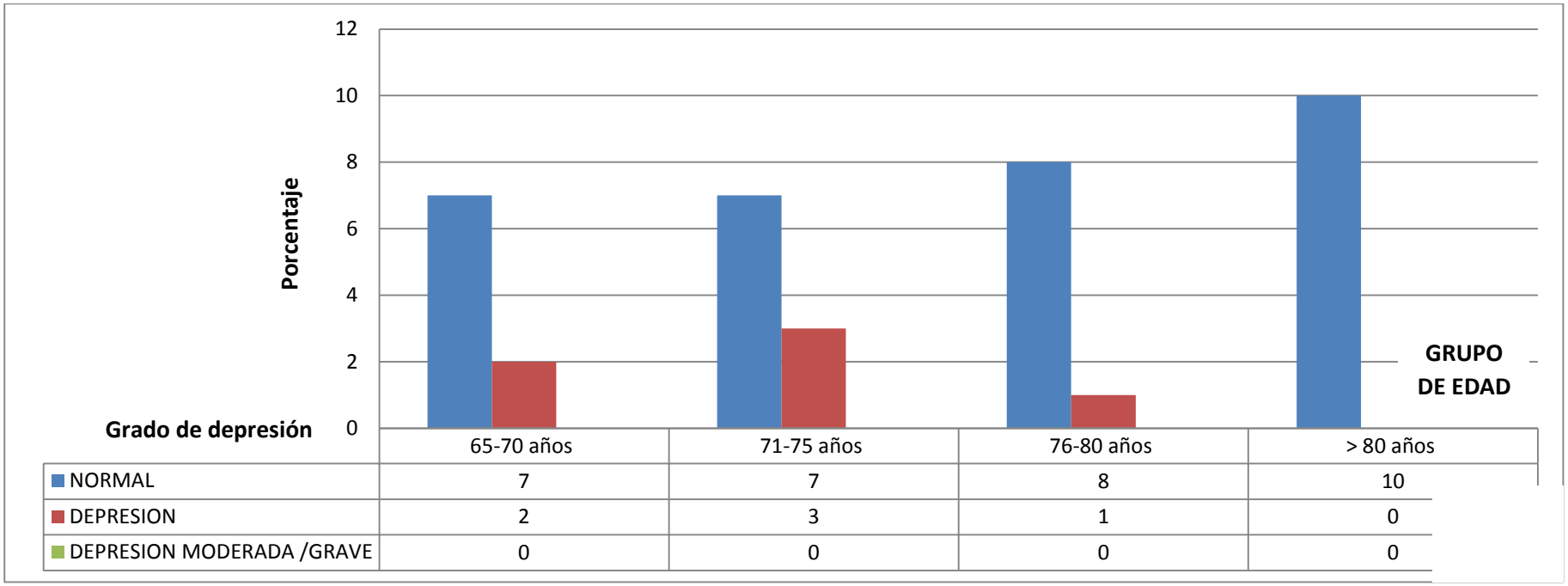
Los datos recolectados en la presente grafitabla muestran que el mayor porcentaje de adultos mayores que integran el centro de atención integral Julio Cedeño de acuerdo con la escala de depresión utilizada se encuentran normales con un 84%, y una cantidad de aproximadamente el 16% posee depresión leve. Siendo algo contradictorio al estudio de "Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor" el cual establecía dominancia de pacientes con depresión establecida, contrario a lo datos obtenidos en este estudios donde la mayor parte de los adultos mayores son personas que no poseen este tipo de trastorno, mientras que una cantidad de estos son personas que revelan una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad lo que repercute en disminución de sus funciones y capacidades. (Handley, 2012).

TABLA N º 19

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE EDAD SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”

	EDAD									
	65-70 años		71-75 años		76-79 años		> 80 años		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	7	18	7	18	8	21	10	27	32	84
DEPRESION LEVE	2	5	3	8	1	3	0	0	6	16
TOTAL	9	23	10	26	9	24	10	27	38	100

GRAFICO N º 19



Grado de depresión	65-70 años	71-75 años	76-80 años	> 80 años
NORMAL	7	7	8	10
DEPRESION	2	3	1	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 19

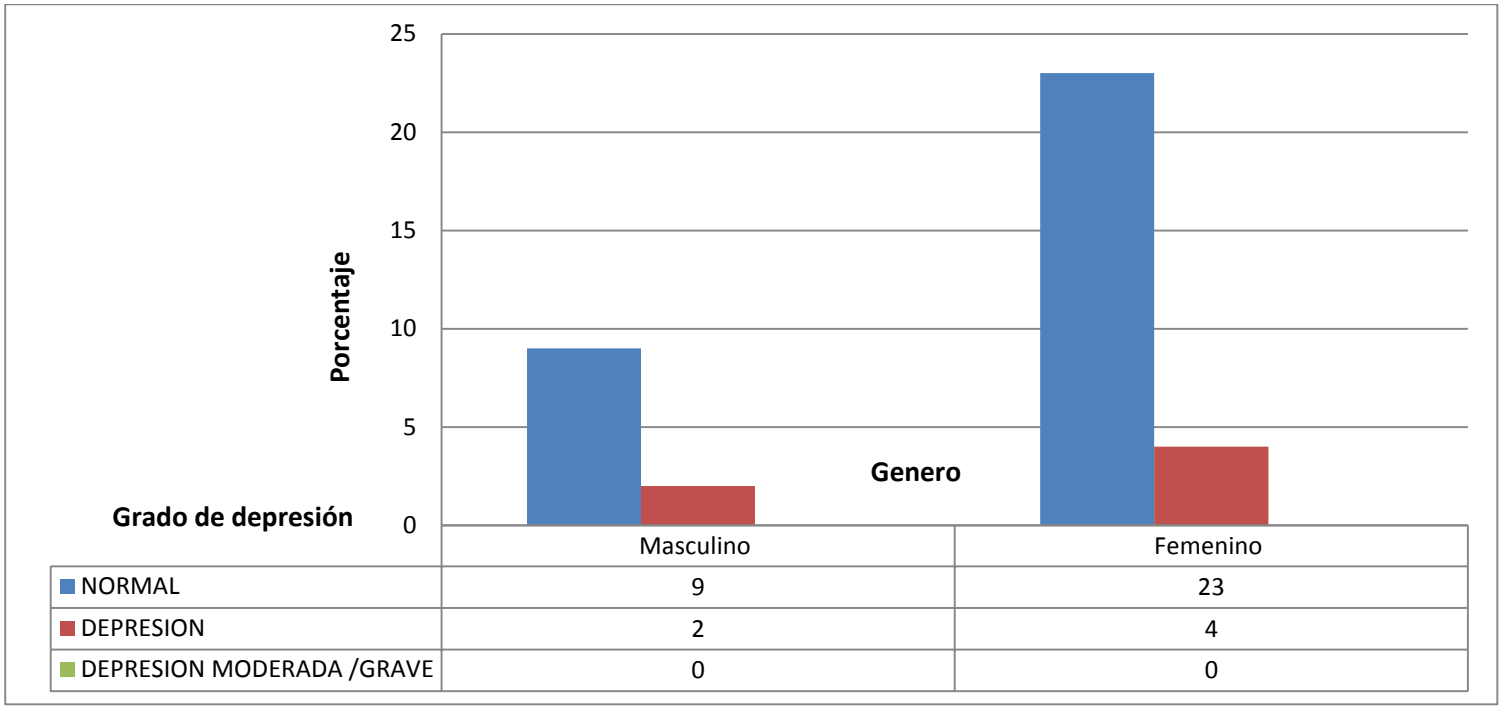
Los datos recolectados y mostrados en la presente grafitabla indican que en los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño la edad en la que mayormente se evidencio la presencia de depresión fue en el grupo de entre 71 a 75 años, teniendo un 8%, un 5 % para los de entre 65 y 70 años, y otro 3% para los de 76 a 80 años. Lo que se concuerda en parte con un estudio realizado en Cuba sobre los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor en el cual no concuerda con el resultado de otro estudio en el que el grupo de 75 a 79 años fue el de mayor incidencia (Haydeé, et al, 2015).

TABLA N º 20

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE GENERO SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO” SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN

	GENERO					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	9	24	23	60	32	84
DEPRESION LEVE	2	5	4	11	6	16
TOTAL	11	29	27	71	38	100

GRAFITABLA N º 20



Grado de depresión	Masculino	Femenino
NORMAL	9	23
DEPRESION	2	4
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 20:

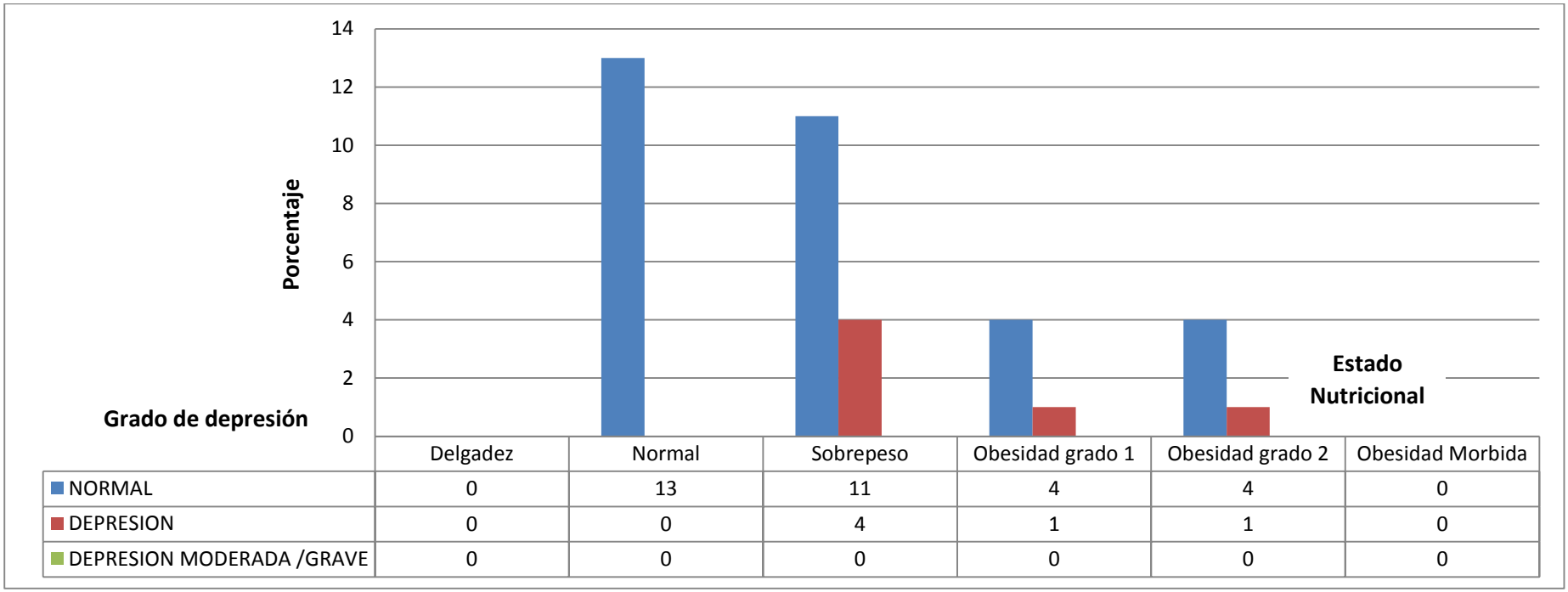
De la totalidad de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 71 % corresponde al género femenino y el 29% al género masculino. Los resultados muestran que el 11% del género femenino presentaron depresión leve y un 5% del masculino también presento depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión. Lo que se relaciona en parte con un estudio realizado en Cuba sobre los Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, como resultados se obtuvo que existió un predominio de depresión en el sexo femenino en un 64.38 %.(Haydeé, et al, 2015).

TABLA N º 21

USUARIOS ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL POR INDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"

	ESTADO NUTRICIONAL POR INDICE DE MASA CORPORAL													
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad grado 1		Obesidad grado 2		Obesidad Mórbida		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	0	0	13	34	11	30	4	10	4	10	0	0	32	84
DEPRESION LEVE	0	0	0	0	4	10	1	3	1	3	0	0	6	16
TOTAL	0	0	13	34	15	40	5	13	5	13	0	0	38	100

GRAFITABLA N º 21



Grado de depresión	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad grado 1	Obesidad grado 2	Obesidad Morbida
NORMAL	0	13	11	4	4	0
DEPRESION	0	0	4	1	1	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 21:

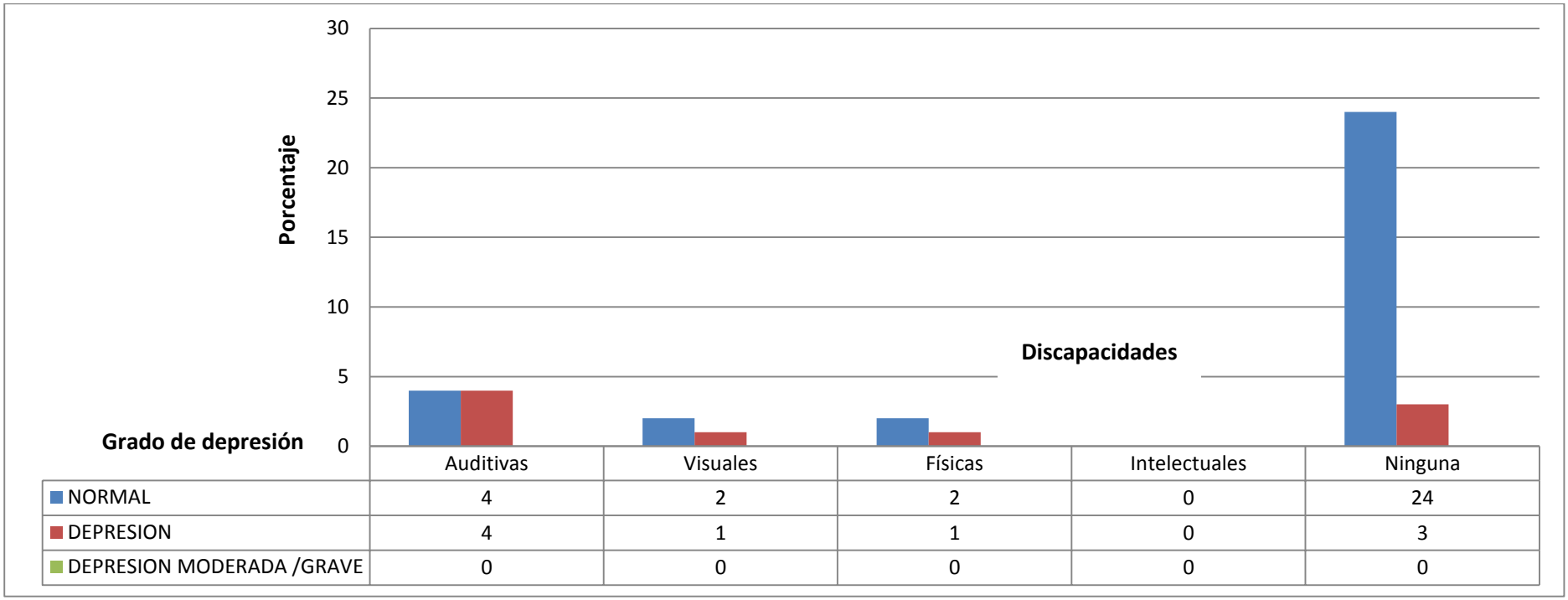
De la totalidad de adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 10% de los que tienen sobrepeso presentan depresión leve, un 3% de los que tienen obesidad grado 1 y 3 % de los que tienen obesidad grado 2 también presentan depresión leve. El resto no presentaron depresión y se encuentran dentro de la normalidad. En relación a esto un estudio realizado en México sobre peso corporal y depresión en adultos mayores se menciona un 32.9% de la población de estudio presento sobrepeso, y solo un 4% obesidad, lo que en parte coincide con los resultados del estudio realizado (Badillo, D. et al 2015).

TABLA N º 22

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE DISCAPACIDADES SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”

	DISCAPACIDADES											
	Auditivas		Visuales		Físicas		Intelectuales		Ninguna		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	4	13	2	6	2	6	0	0	24	75	32	84
DEPRESION LEVE	1	17	1	17	1	17	0	0	3	49	6	16
TOTAL	5	13	3	8	3	8	0	0	27	71	38	100

GRAFITABLA N º 22



Grado de depresión	Auditivas	Visuales	Físicas	Intelectuales	Ninguna
NORMAL	4	2	2	0	24
DEPRESION	4	1	1	0	3
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 22:

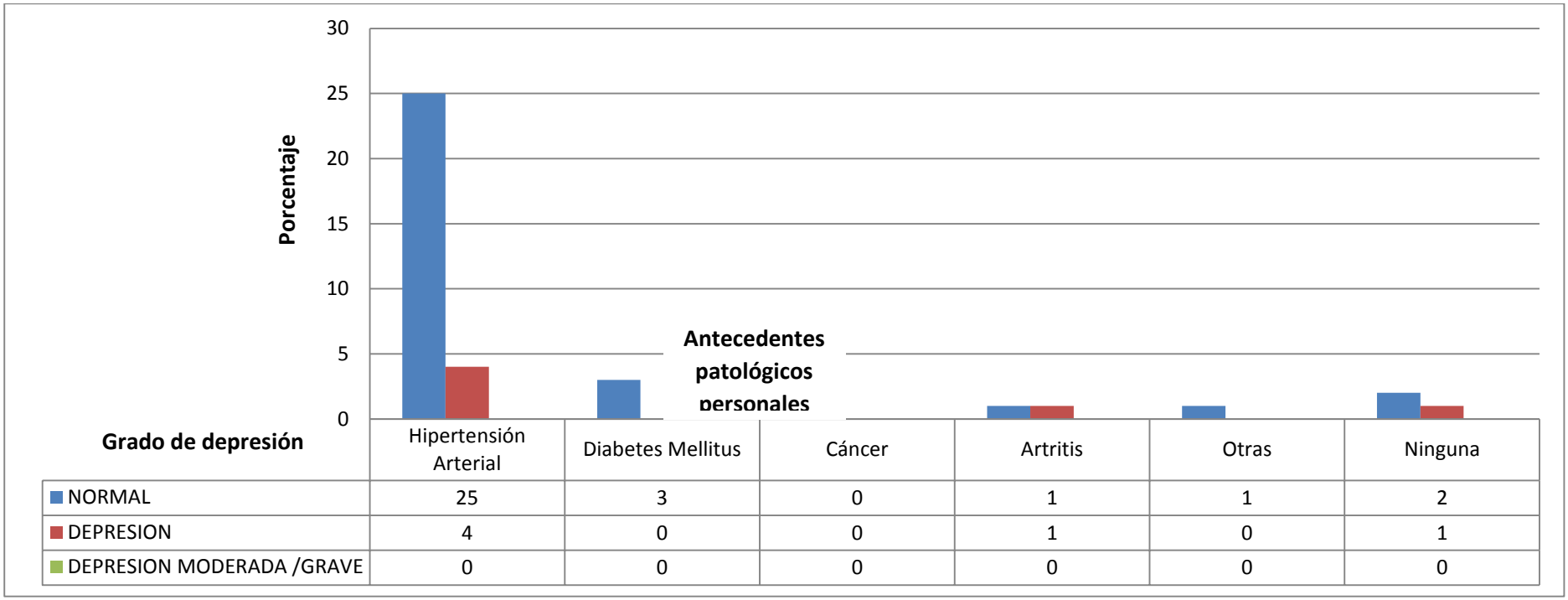
De la totalidad de adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 49% de los adultos que poseían depresión leve no posee ninguna discapacidad mientras que los 51% restantes, representados cada uno con 17% presentaron discapacidades auditivas, visuales y físicas. Por otra parte los pacientes que presentaron un grado de depresión normal el 75% no posee ninguna discapacidad, mientras que el 25% posee discapacidades auditivas(4%), visuales(2%), físicas (2%).

TABLA N º 23

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"

	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES													
	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Cáncer		Artritis		Otras		Ninguna		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	25	65	3 (8)	8	0	0	1	3	1	3	2	5	32	84
DEPRESION LEVE	4	10	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3	6	16
TOTAL	29	75	3	8	0	0	2	6	1	3	3	8	38	100

GRAFITABLA N º 23



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 23:

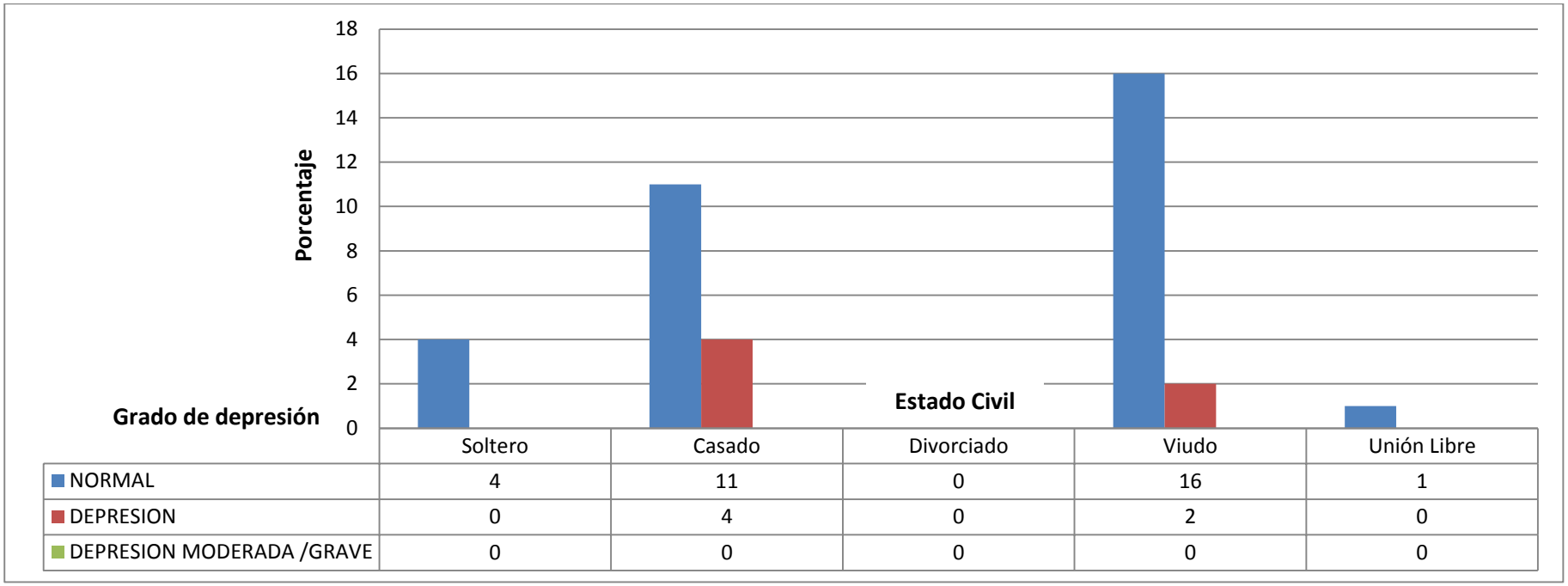
De la totalidad de adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 10% de los que tienen como antecedente patológico personal hipertensión arterial presenta depresión leve., un 3% de los que padecen artritis y 3% de los que no padecen ninguna enfermedad presentaron también depresión leve. Lo que se relaciona con un estudio realizado en México en el 2014 Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud donde se determinó que la depresión fue mayor en adultos mayores que presentaron co morbilidad, en este caso aquellos con enfermedades crónicas presentan mayor riesgo de depresión. (Ruiz, D. 2014).

TABLA N º 24

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE ESTADO CIVIL SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”

	ESTADO CIVIL											
	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Unión Libre		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	4	10	11	29	0	0	16	42	1	3	32	84
DEPRESION LEVE	0	0	4	11	0	0	2	5	0	0	6	16
TOTAL	4	10	15	40	0	0	18	47	1	3	38	100

GRAFICO N º 24



Grado de depresión	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre
NORMAL	4	11	0	16	1
DEPRESION	0	4	0	2	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 24

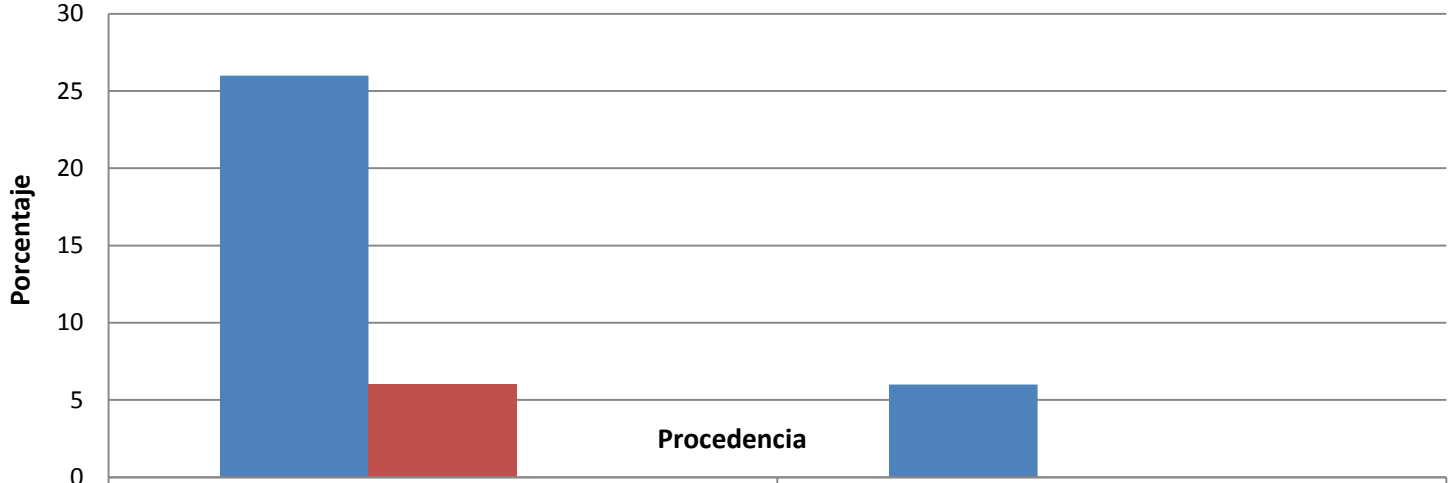
Los datos recolectados y mostrados en la presente grafitabla indican que de los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el estado civil en que mayormente se presentó casos de depresión leve fue en el grupo casados que corresponde a un 11% del total, y 5% de los viudos también presento depresión leve, el resto de los mismos se encuentran dentro de la normalidad. Lo que se relaciona con un estudio realizado en San Lorenzo sobre adultos mayores y depresión, en el cual el estado civil de las personas que sufría depresión: viudo 63 (35%), casado 49 (28%) y soltero 46 (26%), lo que se contrapone con el estudio ya que la mayor parte de las personas con casos de depresión en este grupo es casado. (Chavarría, 2011)

TABLA Nº 25

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE PROCEDENCIA SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"

	PROCEDENCIA					
	DISTRITO URBANO		DISTRITO RURAL		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	26	68	6	16	32	84
DEPRESION LEVE	6	16	0	0	6	16
TOTAL	32	64	6	16	38	100

GRAFITABLA N º 25



Grado de depresión	Distrito Urbano	Distrito Rural
NORMAL	26	6
DEPRESION	6	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 25

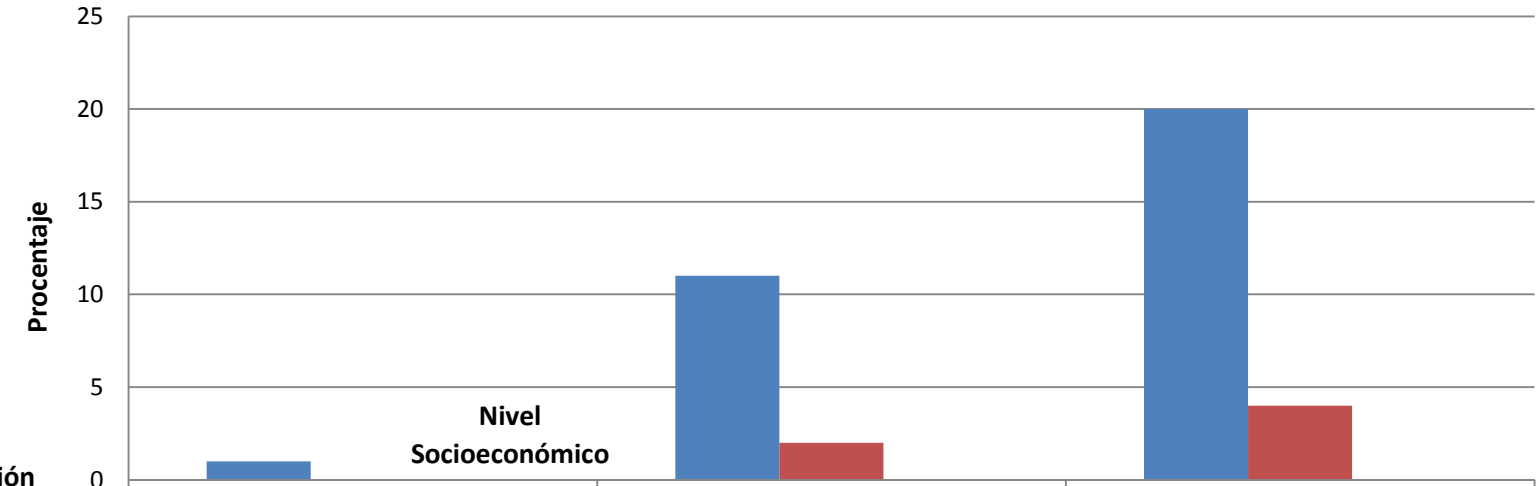
Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 84 % corresponden al distrito urbano y el 16% al distrito rural. Los resultados muestran que el 16% de los adultos del distrito urbano presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

TABLA N º 26

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE NIVEL SOCIOECONOMICO SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”.

	NIVEL SOCIOECONOMICO							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	1	3	11	29	20	52	32	84
DEPRESION LEVE	0	0	2	5	4	11	6	16
TOTAL	1	3	13	34	6	16	38	100

GRAFITABLA N º 26



Grado de depresión	Alto	Medio	Bajo
NORMAL	1	11	20
DEPRESION LEVE	0	2	4
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 26

Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 63 % corresponden al nivel socioeconómico bajo, 34% al nivel socioeconómico medio y el 3% al nivel socioeconómico alto. Los resultados muestran que el 11% de los adultos con nivel socioeconómico bajo y un 5% del nivel socioeconómico medio presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

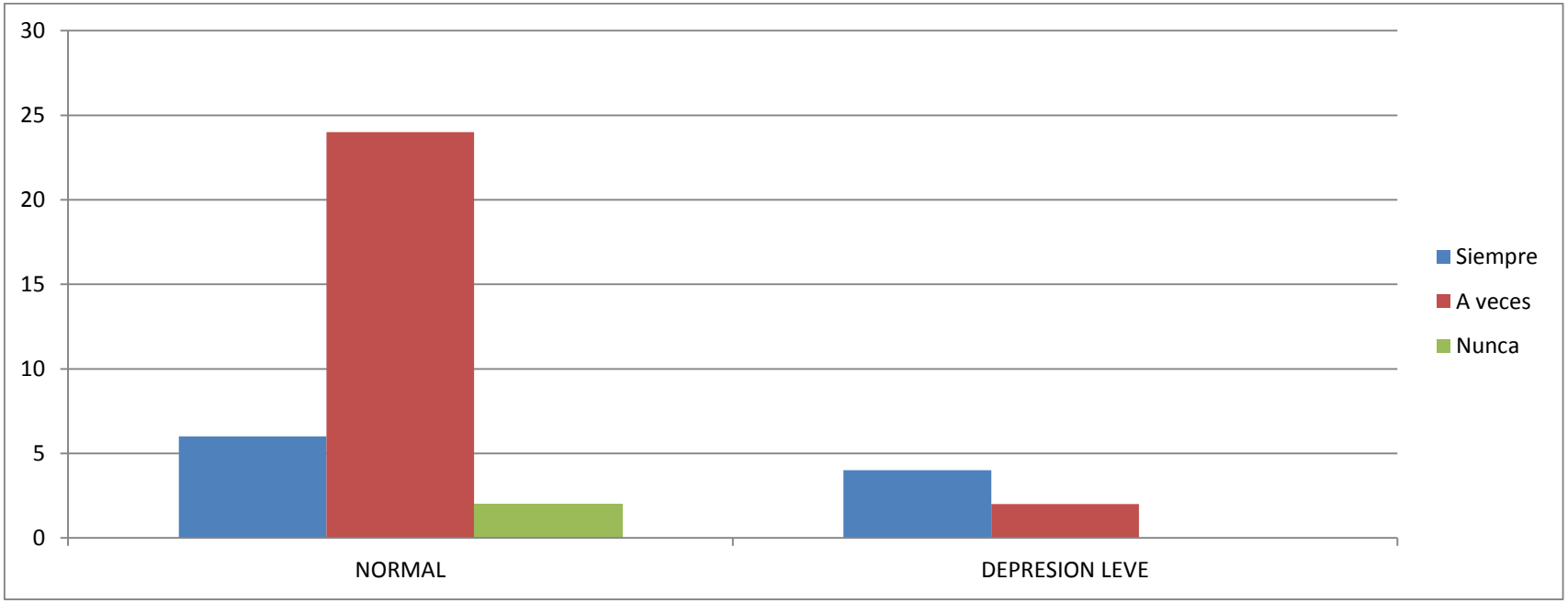
TABLA N º 27

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"

	NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL							
	Siempre		A veces		Nunca		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	6	16	24	63	2	5	32	84
DEPRESION LEVE	4	10	2	6	0	0	6	16
TOTAL	10	26	26	69	2	5	38	100

GRAFICO N º 27

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL SEGÚN GRADO DE DEPRESION QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N°27:

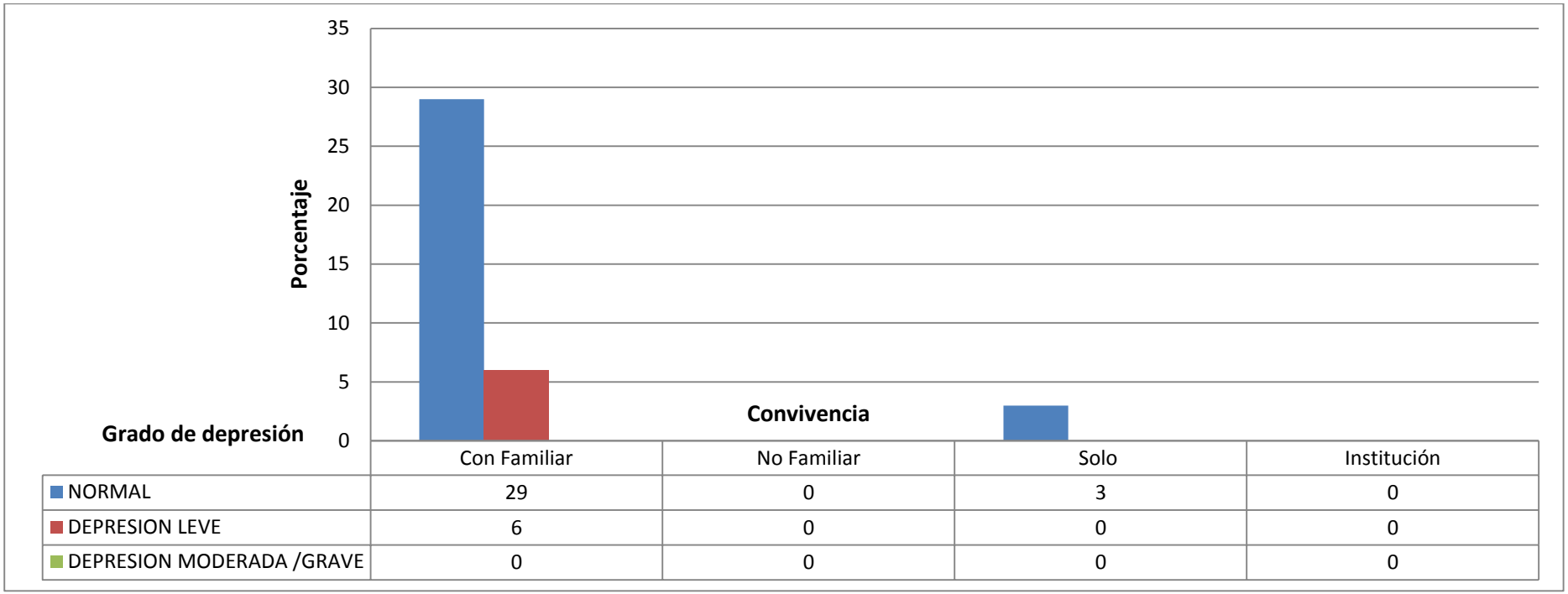
De la totalidad de adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 10% de los que tienen que presentaron depresión leve tienen siempre necesidad de comunicación social, el 6% a veces, y una gran porcentaje equivalente al 63% de las personas que no presentaron depresión presentaron necesidad de comunicacion social a veces.

TABLA N º 28

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE CONVIVENCIA SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”.

	CONVIVENCIA									
	CON FAMILIAR		NO FAMILIAR		SOLO		INSTITUCION		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	29	76	0	0	3	8	0	0	32	84
DEPRESION LEVE	6	16	0	0	0	0	0	0	6	16
TOTAL	35	92	0	0	3	8	0	0	38	100

GRAFITABLA N º 28



Grado de depresión	Con Familiar	No Familiar	Solo	Institución
NORMAL	29	0	3	0
DEPRESION LEVE	6	0	0	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 28

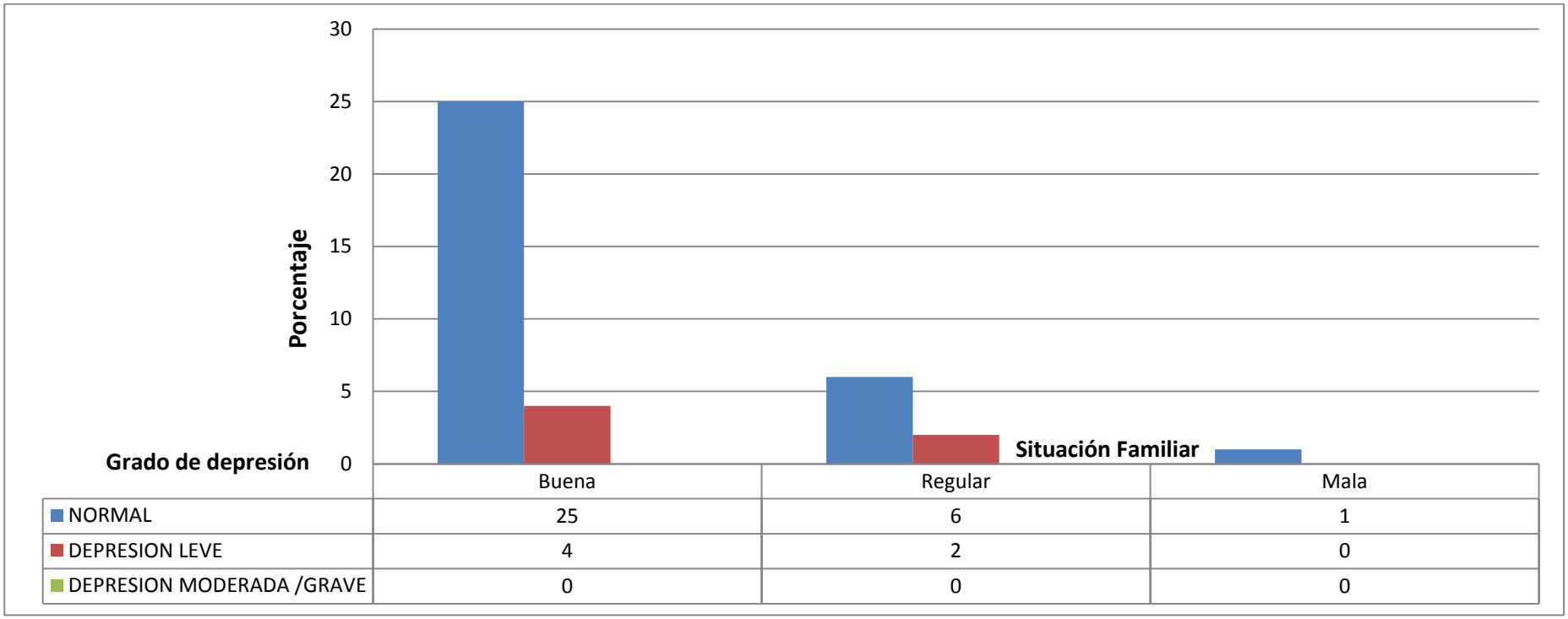
Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 98% corresponden a adultos mayores que conviven con familiar, 8% a adultos se encuentran conviviendo solo. Los resultados muestran que el 16% de los adultos mayores que conviven con familiar presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión. Datos que coinciden a la igual que el estudio de los "Factores Protectores de la Depresión en Adultos Mayores" el cual determinaba que quienes vivían con su cónyuge obtuvieron los niveles más bajos de síntomas depresivos. (Serra, J. Et al.)

TABLA N º 29

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR GRUPO DE SITUACION FAMILIAR SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”

	SITUACION FAMILIAR							
	BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	25	66	6	15	1	3	32	84
DEPRESION LEVE	4	11	2	5	0	0	6	16
TOTAL	29	77	8	20	1	3	38	100

GRAFITABLA N º 29



Grado de depresión	Buena	Regular	Mala
NORMAL	25	6	1
DEPRESION LEVE	4	2	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 29

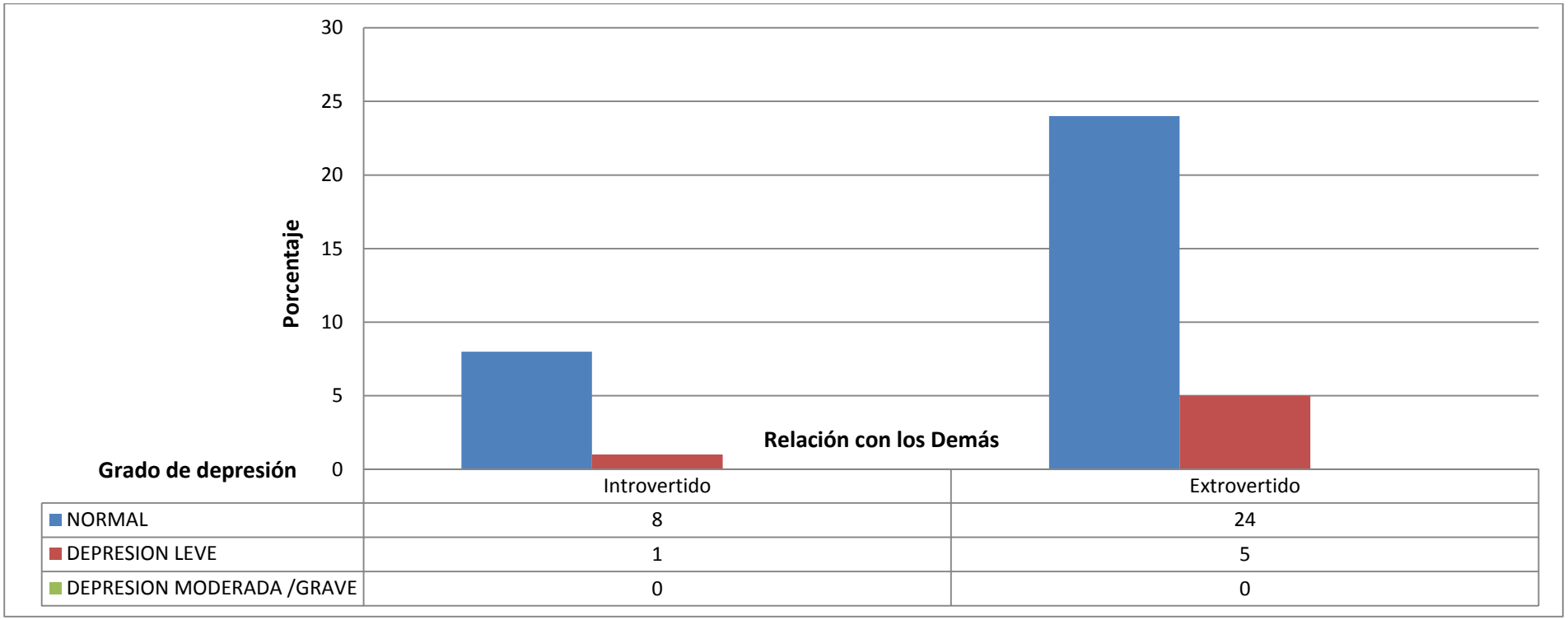
Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 77% corresponden a una situación familia buena, 20% una situación familia regular y el 3% a situación familia mala. Los resultados muestran que el 11% de los adultos con una situación familia buena y un 5% de los que están en una situación familia regular presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

TABLA N º 30

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR RELACIÓN CON LOS DEMÁS SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”.

	RELACION CON LOS DEMAS					
	INTROVERTIDO		EXTROVERTIDO		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	8	21	24	63	32	84
DEPRESION LEVE	1	3	5	13	6	16
TOTAL	9	24	29	76	38	100

GRAFITABLA N º 30



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 30

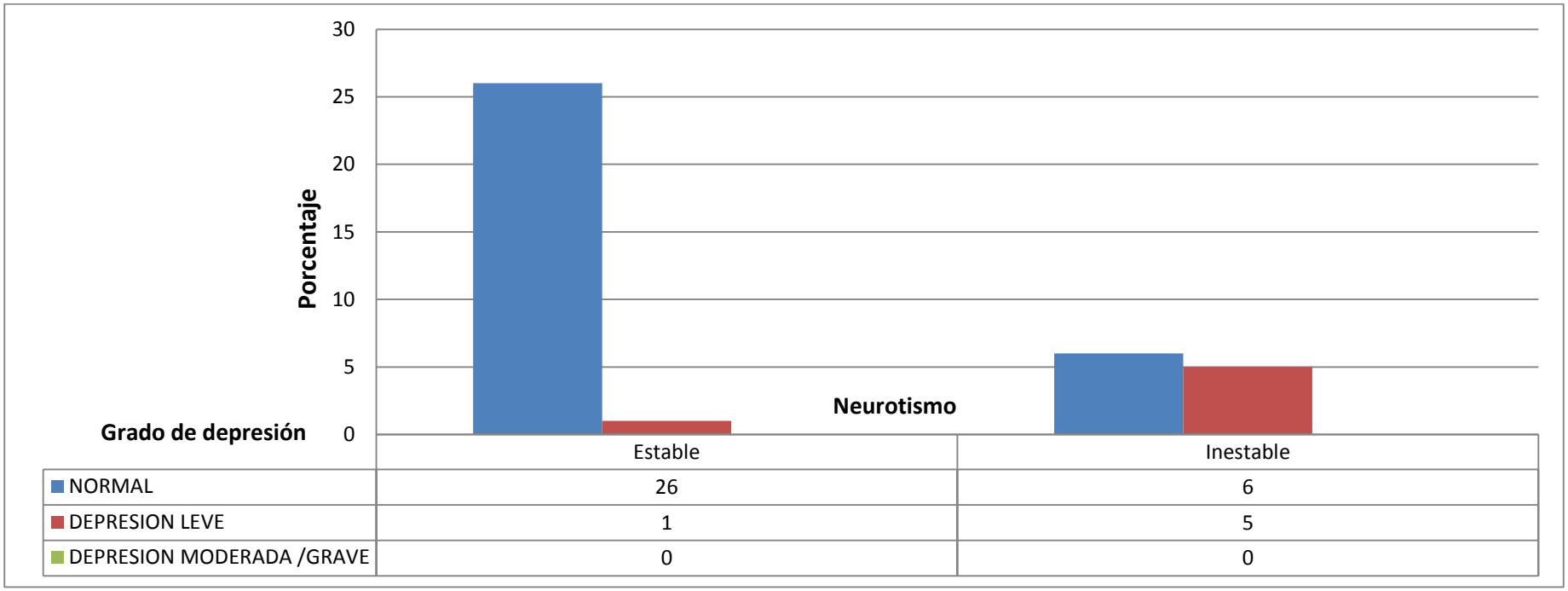
Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 76% corresponden a dimensión de personalidad de tipo extrovertido, 24% a dimensión de personalidad de tipo introvertido. Los resultados muestran que el 13% de los adultos a dimensión de personalidad de tipo extrovertido y un 3% que tienen dimensión de personalidad de tipo introvertido presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

TABLA N º 31

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR NEUROTISMO SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN EN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL "JULIO CEDEÑO"

	DIMENSION DE PERSONALIDAD					
	ESTABLE		INESTABLE		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	26	68	6	16	32	84
DEPRESION LEVE	1	3	5	13	6	16
TOTAL	27	71	11	29	38	100

GRAFITABLA N º 31



Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 31

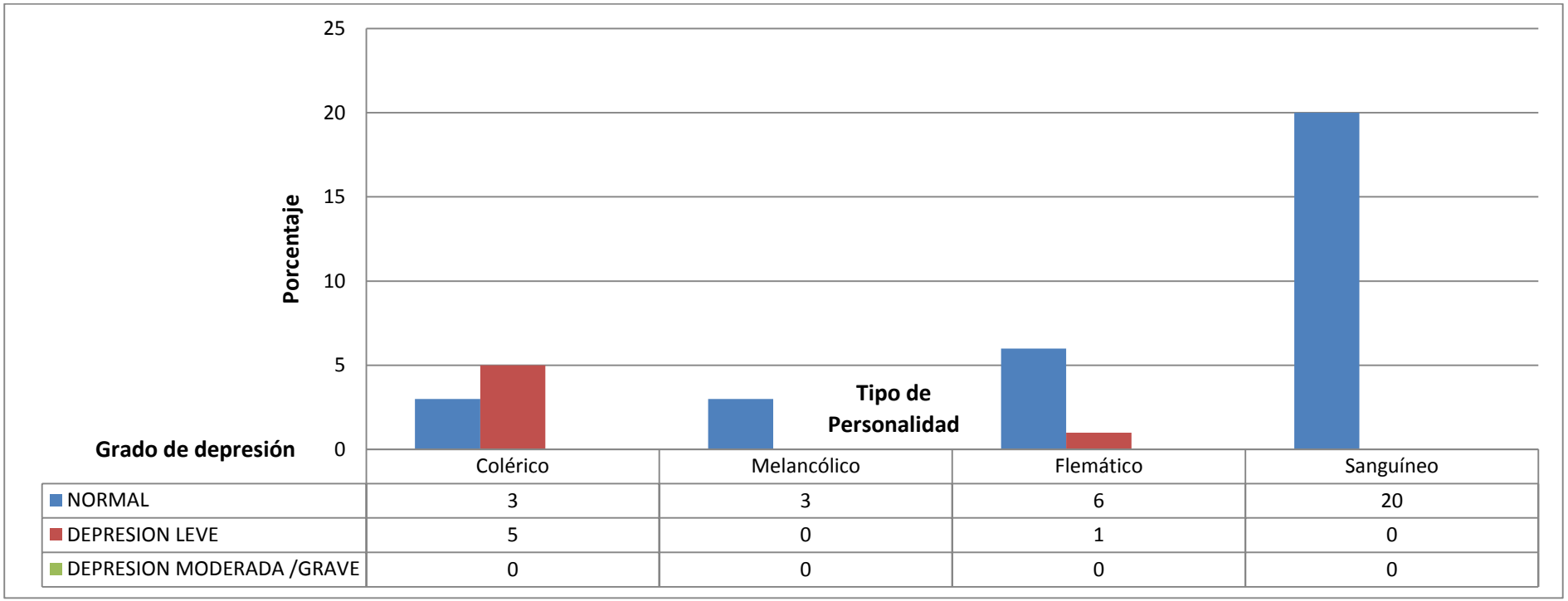
Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 71% correspondiente a adultos mayores con neuroticismos de tipo estable, 29% a adultos mayores con neuroticismos de tipo inestable. Los resultados muestran que el 13% de los adultos mayores con neuroticismos de tipo inestable y un 3% de adultos mayores con neuroticismos de tipo estable presentaron depresión leve, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

TABLA N º 32

USUARIOS ADULTOS MAYORES POR TIPO DE PERSONALIDAD SEGÚN GRADO DE DEPRESIÓN QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL “JULIO CEDEÑO”.

	TIPO DE PERSONALIDAD									
	COLERICO		MELANCOLICO		FLEMATICO		SANGUINEO		TOTAL	
GRADO DE DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	3	8	3	8	6	16	20	52	32	84
DEPRESION LEVE	5	13	0	0	1	3	0	0	6	16
TOTAL	8	21	3	8	7	19	20	52	38	100

GRAFITABLA N º 32



Grado de depresión	Colérico	Melancólico	Flemático	Sanguíneo
NORMAL	3	3	6	20
DEPRESION LEVE	5	0	1	0
DEPRESION MODERADA /GRAVE	0	0	0	0

Fuente: Formulario de Recolección de Datos
Elaborado por Investigadores: Chancay Julio, Ng Manfung

Análisis e interpretación N° 32

Los resultados mostrados indican que los adultos mayores que integran el centro integral del adulto mayor Julio Cedeño, el 52% correspondiente a adultos mayores con personalidad de tipo sanguíneo, 21% a adultos mayores con personalidad de tipo clericó, 19% a adultos mayores con personalidad de tipo Flemático, y un 8% a adultos mayores con personalidad de tipo melancólico. Los resultados muestran que el 13% a adultos mayores con personalidad de tipo clericó y un 3% a adultos mayores con personalidad de tipo Flemático los que presentaron depresión leven, los demás participantes del estudio no presentan depresión.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Una vez presentando los resultados, hecho el análisis y la discusión se concluye que:

- El 16% de la población total presento depresión leve, de estos que presentaron depresión leve, el 8% corresponde a las edades entre 71 a 75 años, y un 5% a las edades entre 65 a 70 años de edad, el sexo femenino corresponde al 11%.

- El 10% de la población total presento depresión leve, presento sobrepeso y un 3% de ellos presento obesidad de 1ero y 2do grado; así mismo 10% de ellos presenta antecedentes de hipertensión arterial.; 51% de ellos posean discapacidades.

- Un 11% del total de paciente que mostraron depresión leve son personas casadas y 5% del total son viudos; el distrito del que procede la mayoría de estas personas con depresiones leve corresponde al urbano con un 16%.

- Del total de la población que presento depresión leve 11% presenta un nivel socioeconómico bajo y un 5% nivel socioeconómico medio; 16% convive con familiar; aproximadamente 11% presenta una situación familiar buena y un 5% una situación regular; y 10% tienen siempre necesidad de comunicación.

- En cuanto a la relación con los demás 13% de los pacientes con depresión leve son personas extrovertidas, y 3% introvertidos; en relación al neurotismos 13% son adultos mayores inestables y 3% son estables; de acuerdo al tipo de personalidad 13% son personas coléricas y 3% son personas flemáticas.

RECOMENDACIONES

Después de la valoración de las conclusiones se establece las siguientes recomendaciones:

Universidad Técnica de Manabí:

- En especial a la Facultad de Ciencias de la Salud en su Escuela de Medicina fomentar en los estudiantes el conocimiento de características clínicas y métodos de diagnóstico de depresión en el adulto mayor para prevenir consecuencias graves como el suicidio.

Centro de Salud de Rocafuerte

- Para que continúen brindando atención médica a este grupo de adultos mayores y se integren en la realización de charlas y talleres para brindar apoyo a los usuarios adultos mayores que acuden a este centro integral.

A las Unidades de Salud de la provincia

- Generar protocolos de pesquisaje de pacientes adultos mayores con depresión, ya que muchas veces es subdiagnosticado.
- Se sugiere a los médicos socializar medidas preventivas para el desarrollo de los trastornos depresivos considerando la presencia de factores de riesgo.
- Realizar un tipo de estudio analítico para confirmar la presencia de trastornos de relación de depresión y el estado civil.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2016															
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Introducción.	X															
Conceptualización del tema.	X															
Planteamiento del problema.		X														
Antecedentes del tema a investigar.		X														
Delimitación del estudio a realizar.		X														
Justificación.			X													
Objetivos.			X													
Marco referencial.			X													
Proposiciones teóricas del tema investigado.				X												
Teorías específicas.				X												
Conceptos.				X												
Vocabulario técnico del tema estudiado.				X												
Variables.					X											
Diseño metodológico.					X											
Modalidad de la investigación.						X										

Tipos de investigación.						X										
Periodo y lugar donde se desarrolla la investigación.							X									
Población y muestra de la investigación.							X	x								
Recolección de la información.								X	X	X	x					
Procesamiento, análisis e interpretación de la información.											X	X	x	x		
Aspectos éticos.														x	x	
Presentación de datos y análisis																
Elaboración de informe final																
Presentación de Trabajo de Titulación Final																

BIBLIOGRAFIA

DMedicina, (2015). Enfermedades Psiquiatricas. Depresion. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html

OMS. (2016). Determinantes sociales de la salud. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.who.int/social_determinants/es/

INS. (2015). Determinates Sociales de Salud. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/Paginas/determinantes-sociales-de-salud.aspx

Revista Medica: Portales Medicos. (2015). Articulos Medicos: Ansiedad y Depresión en los cuidadores de personas con discapacidad muy grave y severa en el Cantón Paltas, Provincia de Loja. ISSN 1886-8924. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-depresion-cuidadores/

Doris, C. (2016). Envejecimiento poblacional: reto a la salud pública. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2875/2089

OMS. (2016). Depresion. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.who.int/topics/depression/es/OMS. (2016). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 26 de Sep 2016: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud. (2011). *CENETEC*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2016, de CENETEC: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

Becerra, M. (2014). Depresión. En C. D'Hyver, & L. Gutierrez, *Geriatria d'Hyver* (págs. 393-396). Mexico D.F: El Manual Moderno.

Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 80-81.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordoñez, J., Osorio, J., & Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 81-82.

Patiño, F., Arango, E., & Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 199.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA PARA RECOLECTAR LA INFORMACION DEL TRABAJO DE TITULACION: "DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, ROCAFUERTE"

OBJETIVO GENERAL: Determinar la depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales de salud en el Centro Integral del Adulto Mayor Julio Cedeño

CARÁCTERÍSTICAS BIOLOGICAS

- EDAD

65-70 ☐ 70 - 75 ☐ 70 - 75 ☐

75-80 ☐ >80 ☐

- GÉNERO

Femenino ☐ Masculino ☐

- ESTADO NUTRICIONAL

Delgadez ☐ Obesidad I ☐

Normal ☐ Obesidad II ☐

Sobrepeso ☐ Obesidad Mórbida ☐

-DISCAPACIDADES

Auditivas ☐ Físicas ☐

Visuales ☐ Intelectuales ☐

- ANTECEDENTE PATOLOGICOS PERSONALES

Hipertensión Arterial ☐ Artritis ☐

Diabetes Mellitus ☐ Otras ☐

Cáncer ☐ Ninguno ☐

- ANTECEDENTE PATOLOGICOS FAMILIARES

Hipertensión Arterial ☐ Artritis ☐

Diabetes Mellitus ☐ Otras ☐

Cáncer ☐ Ninguno ☐

Depresión ☐

CARÁCTERÍSTICAS SOCIALES

- ESTADO CIVIL

Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐

Viudo ☐ Unión Libre ☐

- PROCEDENCIA

Urbano ☐ Rural ☐

- NIVEL SOCIOECONOMICA

Alto ☐ Medio ☐

Bajo ☐

-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Siempre ☐

A veces ☐

Nunca ☐

- SERVICIOS BÁSICO

Posee ☐

No Posee ☐

- ACCESO A SISTEMAS DE SALUD

Si ☐

No ☐

- CONVIVENCIA

Con Familiar ☐ No Familiar ☐

Solo ☐ Institución ☐

- SITUACION FAMILIAR

Buena ☐ Mala ☐

Regular ☐

ANEXO 2

INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK - FORMATO B

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un "SI" o con una "NO" según sea su caso.

Trate de decir "SI" o "NO" representa su modo usual de actuar o sentir, entonces, ponga un aspa o cruz en el círculo debajo de la columna "SI" o "NO" de su hoja de respuestas. Trabaje rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada pregunta; queremos su primera reacción, en un proceso de pensamiento prolongado.

El cuestionario total no debe de tomar más que unos pocos minutos. Asegúrese de omitir alguna pregunta.

Ahora comience. Trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las preguntas. No hay contestaciones "correctas" ni "incorrectas" y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

9. ¿Es usted triste, melancólico (a)?
10. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
11. ¿Ha perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?
12. ¿Se pone a veces malhumorado (a)?
13. ¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?
14. ¿Se decide a menudo demasiado tarde?
15. ¿Le gusta trabajar solo (a)?
16. ¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?
17. ¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?
18. ¿Se ríe a menudo de chistes groseros?
19. ¿Se siente a menudo hastiado(a), harto, fastidiado?
20. ¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?
21. ¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?
22. ¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?
23. ¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?
24. ¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?
25. ¿Le gustan las bromas?
26. ¿Piensa a menudo en su pasado?
27. ¿Le gusta mucho la buena comida?
28. Cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?
29. ¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?
30. ¿Alardea (se jacta) un poco a veces?
31. ¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?
32. ¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?
33. ¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?
34. ¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?
35. ¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?
36. ¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, después de haberla leído?

37. ¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?
38. ¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?
39. ¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?
40. ¿Sufre de los nervios?
41. ¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?
42. ¿Deja algunas veces para mañana. Lo que debería hacer hoy día?
43. ¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?
44. Cuando hace nuevos amigos(as) ¿Es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?
45. ¿Sufre fuertes dolores de cabeza?
46. ¿Siente generalmente que las cosas se arreglaran por si solas y que terminaran bien de algún modo?
47. ¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?
48. ¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?
49. ¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?
50. ¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?
51. ¿Se mantiene usualmente hérnico(a) o encerrado (a) en si mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?
52. ¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?
53. ¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?
54. ¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?
55. ¿Se siente a menudo demasiado consciente de si mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?
56. Cuando todas las posibilidades están contra usted, ¿Piensa aun usualmente que vale la pena intentar?
57. ¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?

POR FAVOR ASEGURESE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE VERSION ABREVIADA.

	SI	NO
	Respuesta	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
¿Siente que su vida esta vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?		
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?		
¿Cree que es agradable estar vivo?		
¿Se le hace difícil empezar nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?		
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?		

Normal: 0-5. Depresión leve: 6 a 9 Depresión moderado/grave: mayor a 10.

FOTOGRAFIAS

Julio Chancay realizando encuestas, y test a adulto mayor del Centro integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

Julio Chancay revisando historias clínicas de adultos mayores en el C.S Rocafuerte

Julio Chancay socializando investigación a realizar a usuarios de la Centro integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

Julio Chancay socializando investigación a realizar a usuarios de la Centro integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

Manfung Ng realizando encuestas, y test a adulto mayor del Centro integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

Manfung Ng realizando encuestas, y test a adulto mayor del Centro integral del Adulto Mayor Julio Cedeño.

Dra Vania Saltos directora del Centro de Salud Rocafuerte y Olga Pico Presidenta del centro integral del adulto mayor Julio Cedeño trabajando en conjunto con una adulta mayor.

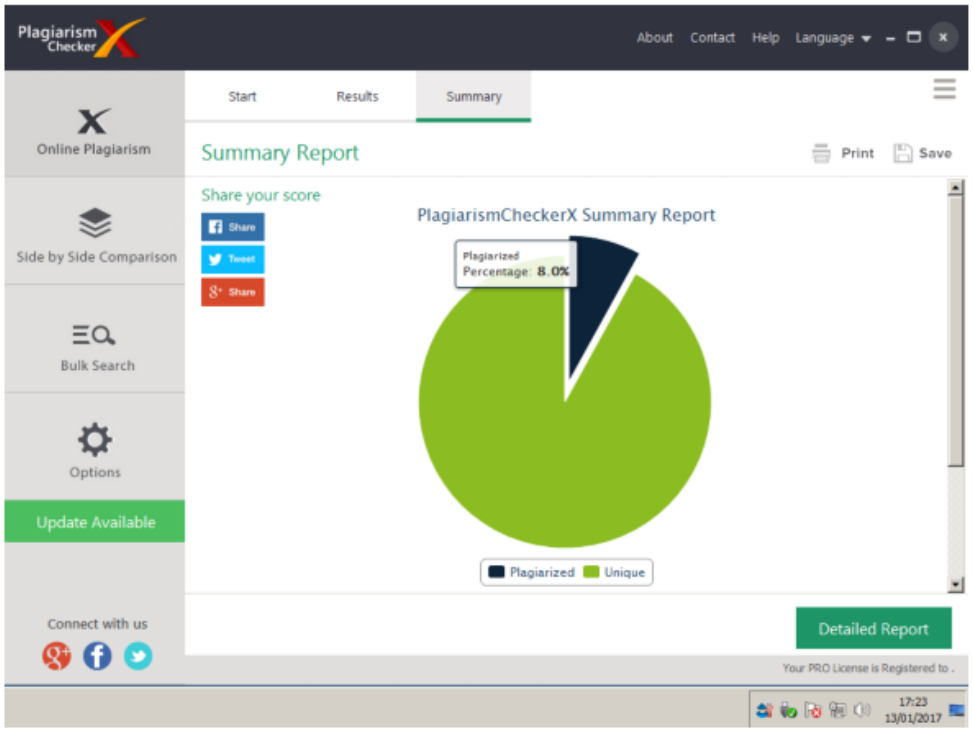
Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 8%

Date: viernes, enero 13, 2017
Statistics: 210 words Plagiarized / 2745 Total words
Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA: "DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016" AUTORES: CHANCAY CHUNGA JULIO ELOY NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO INTRODUCCION El adulto mayor, es un puntal de atención básica en salud, debido a que con el paso de los días A esta edad se presentan simultáneamente problemas de comorbilidades con diferentes causas Haciendo referencia específicamente a la depresión, este padecimiento incita a sentimientos de tristeza, desánimo, culpabilidad, baja autoestima, insomnio, anorexia, fatiga, y puede ir en grave (Becerra, 2014) Este padecimiento mental es un grave trastorno de salud pública, que según describen las cifras mundiales prevalece en un 20 y 40 por ciento, siendo mayor en una relación de 2 a 1 (Adriana, 2012) ubica en la quinta posición de las causas incapacitantes con origen psiquiátrico Según cálculos de expertos y entendidos en el tema, dentro de 4 años subirá al segundo lugar de etiología discapacitantes ancianos (OMS, 2016) Al haber interacciones complejas entre diversos causales de riesgo a nivel social, biológico y psicológico se aumenta la posibilidad de tener la enfermedad, sabiendo que las situaciones en que la persona nace, se relaciona y convive (OMS, 2016) 1 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Todas las personas, independientemente de la posea, tiene utilidad en la sociedad, no quedan excluidas los60 años, pues son un miembro más en la familia; sin embargo la tendencia actual es que queden excluidos de actividades familiares por razones impuestas por la propia sociedad Dada la frecuencia con la depresión y las respuestas emocionales que provoca este serios problemas, sobre todo cuando se prolonga en y su agresividad aumenta paralelamente de moderada a grave, considerando puede llegar a tener y que en el peor caso suicidio (OMS, 2016) Este problema ya no distingue de raza, clases sociales, ni nivel socioeconómico, pues son la distribución del dineroA nivel de Manabí no se evidencian estudios de esta naturaleza pretende a contribuir a la identificación los determinantes Biopsicosociales Esta investigación se origina en respuesta al problema que representa que puede traer múltiples repercusiones Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el grado de depresión los determinantes Biopsicosociales de salud? 1 3 ANTECEDENTES Aproximadamente trastornos mentales (Álvarez, et al, 2013) La situación problemática viene dada por otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que que más son las manifestaciones de (Haydeé, 2015) Actualmente se siguen realizando decenas de investigaciones sobre que tiene constantemente la depresión y sus posibles orígenes psicopatológicos (Belloch, 2015) Un estudio realizado en Santiago de Chile en contó con una población de 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años y se valora el impacto del apoyo familiar en la presencia de (20%) Es En una investigación realizada como resultados se obtuvo que existio un predominó en un 64 38 %,JUSTIFICACION El envejecimiento de la población propicia que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar Sin tratamiento, puede disparar el deterioro y suicidio El mayores depresión (CENETEC, 2011) importante porque permite identificar el grado de depresión los determinantes sociales de salud, pues es esencial para el médico de primer nivel de atención para estar capacitado para reconocer de manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, y complicaciones El centro Julio Cedeño es una Institución Pública que permite el acceso a la información sobre los individuos que conforman dicho grupo, dando factibilidad a la investigación establecida, contando personal médico, y la guía del tutor y revisor del trabajo de titulación; mientras que obtendrán del autofinanciamiento Los beneficiarios son que conforman el centro Julio Cedeño, las de Rocafuerte ellos El impacto que se pretende es a nivel social y familiar para reconocer medidas para evitar como síndromes geriátricos que junto a otros factores contribuyen mismos OBJETIVO GENERAL Evaluar los determinantes Biopsicosociales Julio Cedeño OBJETIVO ESPECÍFICOS Valorar los factores sociales Determinar los factores biológicos que predisponen a mayores Describir los factores psicológicos enfocados a la personalidad MARCO TEÓRICO Algunos profesionales del sector sanitario tienen la creencia suceso fisiológico que senectud de cada persona literatura disponible en estos momentos, sobre todo considerando los estudios que se han efectuado y las publicaciones muy bien argumentadas, El estado depresivo es evitable y no acontecimiento de cambios regulares pues si esta se presenta 2 meses posteriores a algún hecho no es normal (Bosch, 2011) Es muy frecuente la angustia emocional lo que significa una reducción importante del modo de vivir Aunque también existe un fenómeno conocido como depresión mayor que según el ente máximo es la cuarta causa responsable de discapacidades anexas a la patología su existencia es evidente, pues es la alteración mental que comúnmente adultos mayores, un motivo de consulta muy usual y el los trastornos patopsicológicos en quienes habitan en zonas residenciales Existen medios farmacológicos efectivos para el problema, considerando que aproximadamente el noventa, explica generalmente por no tener ingresos suficientes por no estar bien controlados, al no hacer una correcta exploración, traduce como atención ineficaz Independientemente del estatus económico los errores antes mencionados ocurren permanentemente, incluso hay quienes cursan con otras enfermedades y son encasillados como depresivos y por consiguiente reciben su medicación Una Asamblea en 2013, mes de mayo por obvias razones sugirió de forma ordenada en los puntos geográficos donde más se haya la enfermedad Entonces, se entiende como depresión a síntomas que generan poco interés en sí mismo Esto incluye desmotivaciones, funcionalidad y toma de decisions, atendidos por profesionales están deprimidos y de estos una gran cantidad reciben atención a domicilio Los problemas de la mente tienen un nivel prevalente en el que estar deprimido es común, pues los entendidos refieren personas y el dos% de pacientes mayores, siendo que cerca individuos anuncia algún síntoma compatible vivir Se acompaña de gran incidencia, elevados costos a nivel individual y colectivo Es sumamente posible tienen enfermedades crónicas (Patino, 2013) Los tienen mayores límites en sus funciones, que el éxito en su vivir diario, por lo mismo necesitan valorarse de forma íntegra a nivel geriátrico y al ser grupos prioritarios ser manejados con cautela, pues aparte de todo cada vez incrementan más los problemas mentales y el número de personas que los posee, y esto hace complicado cuidadores en el futuro (Estrada, 2012) El mayor número de gastos en salud y en cuestiones sociales ancianitos, y el éxito con que se conserven estos seres humanos habla de la integración familiar y la colectividad Adicionalmente hay características que no favorecen a los pacientes cuando no son suplidos y los sujetos se sienten aislados o maltratados (Estrada, 2012) Se han evidenciado adultos mayores que aunque vivan cómodamente, el no tener contacto físico y afectivo con personas cercanas les hacer caer en esta alteración mental Otros estudios reportan que la viudez es un factor precipitante e imposibilita actividades normales y la autonomía Este proceso patológico tiene diferentes clasificaciones, generalmente catalogados en tres grados que de más a menos con los siguientes: En la depresión grave síntomas son potencialmente dañinos, lo que no específicamente implica tener pensamientos suicidas o un historial de hospitalizaciones recurrentes Luego viene una depresión intermedia reconocida por varios autores, pero no tan bien establecida es la moderada Cuando esta e moderada los síntomas no son tan graves pero son más numerosos que cuando la crisis es leve e inician un impacto en el andar del paciente En cambio cuando es leve contrario distímica puede pasar desapercibida y si se notan pueden ir avanzando gradualmente y de un momento s otro ser graves La distimia en si es un estado inofensivo por catalogarlo de algún modo El paciente suele tener inconvenientes con la alimentación y las horas del

sueño Se precisa de un cansancio inexplicable que constantementeno querer levantarse de la cama El tradicional modelo cognitivo cree que las concepciones idiosincráticas y distorcionadas de los seres deprimidos influyen en la conservación de la clínica depresiva Y de aquí nace la denominada triada cognitiva de Beck cuando hay apreciación negativa del ambiente externo y está por venir Cuando se piensa de forma negativa hay una verdadera tendencia a creerse menos que los demás, un ser despreciable, inservible, que piensa que todo lo que hace no significa producción o involucra involución vida, no es capaz de percibir sus atributos y rechaza sus propias virtudes Cuando distorsiona la realidad de su entorno una postura donde no hay superación, donde todo se torna dificultoso para su ser y los que le rodean, hay expresiones de derrota, menosprecio y siente están destinados a cumplir con exigencias aunque tengan muchos obstáculos en el transitar, es como si intentaran poner barreras en metas trazadas Cuando no tienen visión hacia el futuro tratan de darle vueltas a asuntos que no tienen complejidad, como si armaran un laberinto de opciones donde la salida debiera ser clara desde el inicio Es una manera indirecta de prever que los problemas continuarán indefinidamente y que siempre van a estar presentes aunque se les busque la salida (Navas, 2012) Los pacientes deprimidos tienen por costumbre general manifestar un desorden claro, evidente en su muestran patrones marcados Y se enfrascan en la inferencia arbitraria, para poder llegar a conclusiones que ante los demás no son racionales Son perturbadores en la personalización, con tendencia a hacer gestos que aunque no parecen normales en una persona corriente se vuelven propias de él que el entorno ello La generalización excesiva sucede cuando sin justificación de forman criterios de un incidente, se forman juicios, y se expresan ideas con el fin de convencer a los demás, tener un mal momento indica fracasar constantemente, o de hecho hacerlo siempre Otro término clave es la amplificación, cuando se propende a aumentar la significación de algún suceso, se magnifica y tergiversa la realidad de todo Esto conduce a menudo a tener ideas de suicidio o a tener consideraciones terminará pronto por presentar enfermedades crónicas o terminales, llegando a ideas disparates y afirmaciones con tendencia al catastrofismo La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas El Comité de Expertos de pacientes OMS aseveró que esta patología se da más la sexta década de vida, habiendo predominio en las mujeres, pudiendo el género masculino Para considerar los elementos biopsicosociales que intervienen directamente en una persona se evaluar la alteración como tal pues la interacción es características evidentes hay modificaciones en el organismo sobre todo a nivel cerebral y predisposición a la enfermedad aumente, así como suelen hacer situaciones familiares penosas que multiplican las probabilidades Los mecanismos de adaptación cuando no funcionan provocan todos los componentes que se mencionaron en acápites anteriores donde sobresalen los sentimientos de sentirse inferior Cuando se pierde un familiar se unen recursos que involucran el nivel psicológico, social, familiar y de economía que giren entorno al anciano (Becerra, 2014) También vale mencionar que los procesos depresivos ocasionan mucho estrés y manifestaciones de disfuncionalidad que tienen como resultado final una depresión demostrado que la asociación entre ésta última y la salud física están fuertemente ligadas y a mayor edad recobran mayor interés se potenciará una patología con otra prevención disminuyen sin duda la aparición de este trastorno Se han propuesto estrategias comunitarias charlas escolares para promover el pensamiento positivo hasta intervenciones en problemas tengan tendencia a síntomas depresivos a cualquier edad Pues estas situaciones no deben ser analizadas solo sino desde la juventud Se ha aceptado una división de elementos que desencadenan depresión Tenemos los factores aceptados como alteraciones del sueño, discapacidades de todo tipo, antecedentes de la enfermedad, ser mujer o estar de duelo Pues un gran porcentaje de abuelos que enviudan están desprovistos de enormes posibilidades de desarrollar el cuadro clínico típico el primer año posterior a la muerte de su pareja, que los 3 años Un consenso de 1991 sacó a la vista pública criterios para encasillar el Episodio Depresivo Mayor en el mes de muerte de cónyuge, indicando que un 20% muestran 2 siguientes meses del acontecimiento salud, ir deteriorando cognición, vivir sin compañía y tener otras patologías asociadas Finalmente los componentes no comprobados como incremento de la edad mayor a sesenta años, nivel educativo bajo, estar soltero o tener un soporte económico poco rentable problema está sujeto a diversos errores porque tiene una presentación inusual representada por síntomas somáticos, hipocondría, pérdida progresiva de peso, dolores que persisten, alteraciones de conducta, sustancias nocivas Esto con manifestaciones psiquiátricas como estar triste, tener poca movilidad, delirios, intentar suicidarse, falta de apetito, aislamiento, pocas ganas de salir, exclusión (Chong, 2012) Se han utilizado muchos instrumentos para valorar estos pacientes la tecnología surgió la escala de Eysenck Esta teoría está basada en principios psicológicos y genéticos El creador era un conductista que hábitos del individuo representaban su personalidad y que las diferencias respecto a esto entre un ser y otro depende de lo genético Y esto temperamento se hace habla de la personalidad innata, a la el autor, que abarca el lapso desde que se nace o incluso antes Esto no especifica regir todas las percepciones personalidades sino en los conocimientos y aprendizajes de cada experiencia Con esto se pretende separar lo considerado natural, y ambientes que se generan en los hogares de acuerdo a cada ambiente intrafamilia Este test mide dos dimensiones de importancia, como son introversión- extroversiónConsiste en 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO Sus nombres indican el proceder de cada tipo El extrovertido intervienen en las celebraciones, hace muchos amigos, pasa hablándoles, se integra a los demás, no lee o analiza algo solo, se preocupa en hacer bromas y mantener el optimismo para reír y divertirse, no se detienen a pensar y actúa sin temor aunque suele ser agresivo y salirse de sus cabales con facilidad, pero su mente vuela e imagina, por momentos puede volverse impulsivo, genera propuestas, no siempre es predecible y aunque es muy abierto es poco confiado El introspectivo es más tranquilo, de carácter aislado, se detienen a analizar a las personas, se reserva opiniones y guarda distancia, solo muestra todo a sus verdaderas amistades, planea todo premeditadamente, no actúa por instinto ni impulsos momentáneos, no se deja llevar por emociones, no suele ser agresivo y no pierde el temple con facilidad, sugiere pesimismo, realza principios, pero eso lo hace previsible Aquí se menciona el neurotismo, que se liga a la excitabilidad del cerebro en cuestiones de autonomía, que influye en alteraciones cardiovasculares, con cardiacos, presión, cambios en la respiración Es indicativo de nerviosismo e inestabilidad, se asocia a cambios conductuales groseros y severos, con tendencia a hacer problemas gástricos agresivos Los melancólicos llevan tendencia al capricho, se tornan ansiosos, bastante reservados, nada sociables, siempre con desánimo, de aquí nacen muchos personajes distímicos que generan obsesiones por cosas, personas o lugares, al igual que fobias, con condicionates emocionales radicales, sujetas a su forma de pensar Los coléricos tienen cambios de hemodinamia drásticos con cambios de inhibición y excitación, suelen tener sensibilidad aumentada, con acciones impulsivas, ideas de optimismo y creatividad Son pacientes que tienen déficit para pero logran despertarse al mínimo estímulo Los sanguíneos tienen accionar, piensan rápido, son orientados en opiniones e ideas, viven sin preocupaciones, son sociables, se adaptan con facilidad a nuevos ambientes Y un último tipo que es el flemático donde hay una proporcional mezcla entre equilibrio y lentitud, pues tienen a la pacificidad pero son tercos, imponen sus rutinas y sus hábitos, llevan a la reflexión continua y creen que siempre oportunidad luego de un error (Nava, 2012) Los médicos reconocen la terapéutica a emplear en estos pacientes principalmente cuando los grados moderados y graves Esto se direcciona a ayuda psicológica, terapia conductual e interpersonal, paralelo a tratamiento farmacológico con antidepresivos, entre los que figuran los inhibidores los antidepresivos tricíclicos Cuando se instauran estas medidas presentes las reacciones que se dan por estos fármacos, por si hay que intervenir de algún modo Las terapias de conductas son favorables en los casos leves, en el que casi quedan descartados los fármacos, haciendo énfasis de no ser usados en menores ni como adolescentes La depresión problemática básica para preservar la salud mental, las entidades máximas sanitarias promueven ampliar estrategias para ayudar neurológicos para prestarles atención de especialidad, para que cuenten con atención eficaz, oportuna para hacer una vida normal, incluso cuando no haya disponibilidad (OMS, 2016) Por ello, y por muchas razones que se dejan ver entre líneas considerados dentro de los grupos vulnerables, ante los cuales hay que emprender acciones que conlleven a mejorar este sentido, además generar conciencia en quienes llegan al olvido con estos seres una vez que sus funciones o incluso sus años se van desgastando


Plagiarism Checker X
About
Contact
Help
Language
Online Plagiarism
Side by Side Comparison
Bulk Search
Options
Update Available
Connect with us
Start
Results
Summary
Summary Report
Print
Save
Share your score
Share
Tweet
Share
PlagiarismCheckerX Summary Report
Plagiarized
Percentage: 8.0%
Plagiarized
Unique
Detailed Report
Your PRO License is Registered to .
17:23
13/01/2017

Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 8%

Date: viernes, enero 13, 2017

Statistics: 210 words Plagiarized / 2745 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA: "DEPRESION EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACION CON LOS DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD EN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, OCTUBRE-DICIEMBRE, 2016" AUTORES: CHANCAY CHUNGA JULIO ELOY NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO INTRODUCCION El adulto mayor, es un puntal de atención básica en salud, debido a que con el paso de los días A esta edad se presentan simultáneamente problemas de comorbilidades con diferentes causas Haciendo referencia específicamente a la depresión, este padecimiento incita a sentimientos de tristeza, desánimo, culpabilidad, baja autoestima, insomnio, anorexia, fatiga, y puede ir en grave (Becerra, 2014) Este padecimiento mental es un grave trastorno de salud pública, que según describen las cifras mundiales prevalece en un 20 y 40 por ciento, siendo mayor en una relación de 2 a 1 (Adriana, 2012) ubica en la quinta posición de las causas incapacitantes con origen psiquiátrico Según cálculos de expertos y entendidos en el tema, dentro de 4 años subirá al segundo lugar de etiología discapacitantes ancianos (OMS, 2016) Al haber interacciones complejas entre diversos causales de riesgo a nivel social, biológico y psicológico se aumenta la posibilidad de tener la enfermedad, sabiendo que las situaciones en que la persona nace, se relaciona y convive (OMS, 2016) 1 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Todas las personas, independientemente de la posea, tiene utilidad en la sociedad, no quedan excluidas los60 años, pues son un miembro más en la familia; sin embargo la tendencia actual es que queden excluidos de actividades familiares por razones impuestas por la propia sociedad Dada la frecuencia con la depresión y las respuestas emocionales que provoca este serios problemas, sobre todo cuando se prolonga en y su agresividad aumenta paralelamente de moderada a grave, considerando puede llegar a tener y que en el peor caso suicidio (OMS, 2016) Este problema ya no distingue de raza, clases sociales, ni nivel socioeconómico, pues son la distribución del dineroA nivel de Manabí no se evidencian estudios de esta naturaleza pretende a contribuir a la identificación los determinantes Biopsicosociales Esta investigación se origina en respuesta al problema que representa que puede traer múltiples repercusiones Ante esta problemática planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el grado de depresión los determinantes Biopsicosociales de salud? 1 3 ANTECEDENTES Aproximadamente trastornos mentales (Álvarez, et al. 2013) La situación problemática viene dada por otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que que más son las manifestaciones de (Haydeé, 2015) Actualmente se siguen realizando decenas de investigaciones sobre que tiene constantemente la depresión y sus posibles orígenes psicopatológicos (Belloch, 2015) Un estudio realizado en Santiago de Chile en contó con una población de 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años y se valora el impacto del apoyo familiar en la presencia de (20%) Es En una investigación realizada como resultados se obtuvo que existio un predominó en un 64 38 %,JUSTIFICACION El envejecimiento de la población propicia que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar Sin tratamiento, puede disparar el deterioro y suicidio El mayores depresión (CENETEC, 2011) importante porque permite identificar el grado de depresión los determinantes sociales de salud, pues es esencial para el médico de primer nivel de atención para estar capacitado para reconocer de manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, y complicaciones El centro Julio Cedeño es una Institución Pública que permite el acceso a la información sobre los individuos que conforman dicho grupo, dando factibilidad a la investigación establecida, contando personal médico, y la guía del tutor y revisor del trabajo de titulación; mientras que obtendrán del autofinanciamiento Los beneficiarios son que conforman el centro Julio Cedeño, las de Rocafuerte ellos El impacto que se pretende es a nivel social y familiar para reconocer medidas para evitar como síndromes geriátricos que junto a otros factores contribuyen mismos OBJETIVO GENERAL Evaluar los determinantes Biopsicosociales Julio Cedeño OBJETIVO ESPECÍFICOS Valorar los factores sociales Determinar los factores biológicos que predisponen a mayores Describir los factores psicológicos enfocados a la personalidad MARCO TEÓRICO Algunos profesionales del sector sanitario tienen la creencia suceso fisiológico que senectud de cada persona literatura disponible en estos momentos, sobre todo considerando los estudios que se han efectuado y las publicaciones muy bien argumentadas, El estado depresivo es evitable y no acontecimiento de cambios regulares pues si esta se presenta 2 meses posteriores a algún hecho no es normal (Bosch, 2011) Es muy frecuente la angustia emocional lo que significa una reducción importante del modo de vivir Aunque también existe un fenómeno conocido como depresión mayor que según el ente máximo es la cuarta causa responsable de discapacidades anexas a la patología su existencia es evidente, pues es la alteración mental que comúnmente adultos mayores, un motivo de consulta muy usual y el los trastornos patopsicológicos en quienes habitan en zonas residenciales Existen medios farmacológicos efectivos para el problema, considerando que aproximadamente el noventa, explica generalmente por no tener ingresos suficientes por no estar bien controlados, al no hacer una correcta exploración, traduce como atención ineficaz Independientemente del estatus económico los errores antes mencionados ocurren permanentemente, incluso hay quienes cursan con otras enfermedades y son encasillados como depresivos y por consiguiente reciben su medicación Una Asamblea en 2013, mes de mayo por obvias razones sugirió de forma ordenada en los puntos geográficos donde más se haya la enfermedad Entonces, se entiende como depresión a síntomas que generan poco interés en sí mismo Esto incluye desmotivaciones, funcionalidad y toma de decisions, atendidos por profesionales están deprimidos y de estos una gran cantidad reciben atención a domicilio Los problemas de la mente tienen un nivel prevalente en el que estar deprimido es común, pues los entendidos refieren personas y el dos% de pacientes mayores, siendo que cerca individuos anuncia algún síntoma compatible vivir Se acompaña de gran incidencia, elevados costos a nivel individual y colectivo Es sumamente posible tienen enfermedades crónicas (Patino, 2013) Los tienen mayores límites en sus funciones, que el éxito en su vivir diario, por lo mismo necesitan valorarse de forma íntegra a nivel geriátrico y al ser grupos prioritarios ser manejados con cautela, pues aparte de todo cada vez incrementan más los problemas mentales y el número de personas que los posee, y esto hace complicado cuidadores en el futuro (Estrada, 2012) El mayor número de gastos en salud y en cuestiones sociales ancianitos, y el éxito con que se conserven estos seres humanos habla de la integración familiar y la colectividad Adicionalmente hay características que no favorecen a los pacientes cuando no son suplidos y los sujetos se sienten aislados o maltratados (Estrada, 2012) Se han evidenciado adultos mayores que aunque vivan cómodamente, el no tener contacto físico y afectivo con personas cercanas les hacer caer en esta alteración mental Otros estudios reportan que la viudez es un factor precipitante e imposibilita actividades normales y la autonomía Este proceso patológico tiene diferentes clasificaciones, generalmente catalogados en tres grados que de más a menos con los siguientes: En la depresión grave síntomas son potencialmente dañinos, lo que no específicamente implica tener pensamientos suicidas o un historial de hospitalizaciones recurrentes Luego viene una depresión intermedia reconocida por varios autores, pero no tan bien establecida es la [illegible]

precisa de un cansancio inexplicable que constantementeno querer levantarse de la cama El tradicional modelo cognitivo cree que las concepciones erráticas y distorcionadas de los seres deprimidos influyen en la conservación de la clínica depresiva Y de aquí nace la denominada triada cognitiva de k cuando hay apreciación negativa del ambiente externo y está por venir Cuando se piensa de forma negativa hay una verdadera tendencia a creerse menos que los demás, un ser despreciable, inservible, que piensa que todo lo que hace no significa producción o involucra involución vida, no es capaz de percibir sus atributos y rechaza sus propias virtudes Cuando distorsiona la realidad de su entorno una postura donde no hay superación, donde todo se torna dificultoso para su ser y los que le rodean, hay expresiones de derrota, menosprecio y siente están destinados a cumplir con exigencias aunque tengan muchos obstáculos en el transitar, es como si intentaran poner barreras en metas trazadas Cuando no tienen visión hacia el futuro tratan de darle vueltas a asuntos que no tienen complejidad, como si armaran un laberinto de opciones donde la salida debiera ser clara desde el inicio Es una manera indirecta de prever que los problemas continuarán indefinidamente y que siempre van a estar presentes aunque se les busque la salida (Navas, 2012) Los pacientes deprimidos tienen por costumbre general manifestar un desorden claro, evidente en su muestran patrones marcados Y se enfrascan en la inferencia arbitraria, para poder llegar a conclusiones que ante los demás no son racionales Son perturbadores en la personalización, con tendencia a hacer gestos que aunque no parecen normales en una persona corriente se vuelven propias de él que el entorno ello La generalización excesiva sucede cuando sin justificación de formau criterios de un incidente, se forman juicios, y se expresan ideas con el fin de convencer a los demás, tener un mal momento indica fracasar constantemente, o de hecho hacerlo siempre Otro término clave es la amplificación, cuando se propende a aumentar la significación de algún suceso, se magnifica y tergiversa la realidad de todo Esto conduce a menudo a tener ideas de suicidio o a tener consideraciones terminará pronto por presentar enfermedades crónicas o terminales, llegando a ideas disparates y afirmaciones con tendencia al catastrofismo La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas El Comité de Expertos de pacientes OMS aseveró que esta patología se da más la sexta década de vida, habiendo predominio en las mujeres, pudiendo el género masculino Para considerar los elementos biopsicosociales que intervienen directamente en una persona se evaluar la alteración como tal pues la interacción es características evidentes hay modificaciones en el organismo sobre todo a nivel cerebral y predisposición a la enfermedad aumente, así como suelen hacer situaciones familiares penosas que multiplican las probabilidades Los mecanismos de adaptación cuando no funcionan provocan todos los componentes que se mencionaron en acápites anteriores donde sobresalen los sentimientos de sentirse inferior Cuando se pierde un familiar se unen recursos que involucran el nivel psicológico, social, familiar y de economía que giren entorno al anciano (Becerra, 2014) También vale mencionar que los procesos depresivos ocasionan mucho estrés y manifestaciones de disfuncionalidad que tienen como resultado final una depresión demostrado que la asociación entre ésta última y la salud física están fuertemente ligadas y a mayor edad recobran mayor interés se potenciará una patología con otra prevención disminuyen sin duda la aparición de este trastorno Se han propuesto estrategias comunitarias charlas escolares para promover el pensamiento positivo hasta intervenciones en problemas tengan tendencia a síntomas depresivos a cualquier edad Pues estas situaciones no deben ser analizadas solo sino desde la juventud Se ha aceptado una división de elementos que desencadenan depresión Tenemos los factores aceptados como alteraciones del sueño, discapacidades de todo tipo, antecedentes de la enfermedad, ser mujer o estar de duelo Pues un gran porcentaje de abuelos que enviudan están desprovistos de enormes posibilidades de desarrollar el cuadro clínico típico el primer año posterior a la muerte de su pareja, que los 3 años Un consenso de 1991 sacó a la vista pública criterios para encasillar el Episodio Depresivo Mayor en el mes de muerte de cónyuge, indicando que un 20% muestran 2 siguientes meses del acontecimiento salud, ir deteriorando cognición, vivir sin compañía y tener otras patologías asociadas Finalmente los componentes no comprobados como incremento de la edad mayor a sesenta años, nivel educativo bajo, estar soltero o tener un soporte económico poco rentable problema está sujeto a diversos errores porque tiene una presentación inusual representada por síntomas somáticos, hipocondría, pérdida progresiva de peso, dolores que persisten, alteraciones de conducta, sustancias nocivas Esto con manifestaciones psiquiátricas como estar triste, tener poca movilidad, delirios, intentar suicidarse, falta de apetito, aislamiento, pocas ganas de salir, exclusión (Chong, 2012) Se han utilizado muchos instrumentos para valorar estos pacientes la tecnología surgió la escala de Eysenck Esta teoría está basada en principios psicológicos y genéticos El creador era un conductista que hábitos del individuo representaban su personalidad y que las diferencias respecto a esto entre un ser y otro depende de lo genético Y esto temperamento se hace habla de la personalidad innata, a la el autor, que abarca el lapso desde que se nace o incluso antes Esto no especifica regir todas las percepciones personalidades sino en los conocimientos y aprendizajes de cada experiencia Con esto se pretende separar lo considerado natural, y ambientes que se generan en los hogares de acuerdo a cada ambiente intrafamilia Este test mide dos dimensiones de importancia, como son introversión- extroversiónConsiste en 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO Sus nombres indican el proceder de cada tipo El extrovertido intervienen en las celebraciones, hace muchos amigos, pasa hablándoles, se integra a los demás, no lee o analiza algo solo, se preocupa en hacer bromas y mantener el optimismo para reír y divertirse, no se detienen a pensar y actúa sin temor aunque suele ser agresivo y salirse de sus cabales con facilidad, pero su mente vuela e imagina, por momentos puede volverse impulsivo, genera propuestas, no siempre es predecible y aunque es muy abierto es poco confiado El introspectivo es más tranquilo, de carácter aislado, se detienen a analizar a las personas, se reserva opiniones y guarda distancia, solo muestra todo a sus verdaderas amistades, planea todo premeditadamente, no actúa por instinto ni impulsos momentáneos, no se deja llevar por emociones, no suele ser agresivo y no pierde el temple con facilidad, sugiere pesimismo, realza principios, pero eso lo hace previsible Aquí se menciona el neurotismo, que se liga a la excitabilidad del cerebro en cuestiones de autonomía, que influye en alteraciones cardiovasculares, con cardiacos, presión, cambios en la respiración Es indicativo de nerviosismo e inestabilidad, se asocia a cambios conductuales groseros y severos, con tendencia a hacer problemas gástricos agresivos Los melancólicos llevan tendencia al capricho, se tornan ansiosos, bastante reservados, nada sociables, siempre con desánimo, de aquí nacen muchos personajes distímicos que generan obsesiones por cosas, personas o lugares, al igual que fobias, con condicionates emocionales radicales, sujetas a su forma de pensar Los coléricos tienen cambios de hemodinamia drásticos con cambios de inhibición y excitación, suelen tener sensibilidad aumentada, con acciones impulsivas, ideas de optimismo y creatividad Son pacientes que tienen déficit para pero logran despertarse al mínimo estímulo Los sanguíneos tienen accionar, piensan rápido, son orientados en opiniones e ideas, viven sin preocupaciones, son sociables, se adaptan con facilidad a nuevos ambientes Y un último tipo que es el flemático donde hay una proporcional mezcla entre equilibrio y lentitud, pues tienen a la pacificidad pero son tercos, imponen sus rutinas y sus hábitos, llevan a la reflexión continua y creen que siempre oportunidad luego de un error (Nava, 2012) Los médicos reconocen la terapéutica a emplear en estos pacientes principalmente cuando los grados moderados y graves Esto se direcciona a ayuda psicológica, terapia conductual e interpersonal, paralelo a tratamiento farmacológico con antidepresivos, entre los que figuran los inhibidores los antidepresivos tricíclicos Cuando se instauran estas medidas presentes las reacciones que se dan por estos fármacos, por si hay que intervenir de algún modo Las terapias de conductas son favorables en los casos leves, en el que casi quedan descartados los fármacos, haciendo énfasis de no ser usados en menores ni como adolescentes La depresión problemática básica para preservar la salud mental, las entidades máximas sanitarias promueven ampliar estrategias para ayudar neurológicos para prestarles atención de especialidad, para que cuenten con atención eficaz, oportuna para hacer una vida normal, incluso cuando no haya disponibilidad (OMS, 2016) Por ello, y por muchas razones que se dejan ver entre líneas considerados dentro de los grupos vulnerables, ante los cuales hay que emprender acciones que conlleven a mejorar este sentido, además generar conciencia en quienes llegan al olvido con estos seres una vez que sus funciones o incluso sus años se van desgastando

Plagiarism Checker
About
Contact
Help
Language
Start
Results
Summary
Online Plagiarism
Summary Report
Print
Save
Share your score
Share
Side by Side Comparison
PlagiarismCheckerX Summary Report
Plagiarized
Percentage: 8.0%
Bulk Search
Options
Update Available
Plagiarized
Unique
Connect with us
Detailed Report
Your PRO License is Registered to .
17:23
13/01/2017

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

2016

Portoviejo, Octubre 17/2016
Oficio Nº 857-HCD-UTM

Señores (as)
Dr. Javier González Robles **TUTOR**
Dra. Viorkis Pérez Ortiz **REVISOR**
PROFESORES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-UTM
Ciudad.

25/10/16
16:30.

De mi consideración:

El Honorable Consejo Directivo en sesión realizada el 13 de octubre de 2016, basado en el TÍTULO II. DE LA TITULACIÓN. CAPITULO I. DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN, Artículos 8 y 9, del REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, resolvió nombrar a usted Tutor y Revisor respectivamente del **Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación titulado:** "DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN CON DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, ROCAFUERTE", de los señores: Chancay Chunga Julio Eloy y NG Moreira Manfung Fernando, Estudiantes de la Escuela de Medicina.

Dr. Javier González Robles **TUTOR**
Dra. Viorkis Pérez Ortiz **REVISOR**

Según resolución del Honorable Consejo Directivo de fecha 07 de abril del 2016, el período de tiempo para desarrollar el trabajo de investigación una vez aprobado el tema por parte de este Organismo será variable y aprobado por la Comisión de Titulación Especial, para cuyo efecto se deberá cumplir con lo siguiente:

a) Defensa por parte del estudiante del protocolo de investigación, ante la Comisión de Titulación Especial, la cual definirá oportunamente la fecha y hora de la misma. Se aclara que este proceso no es susceptible de ser calificado, considerándoselo como de asesoría para las y los estudiantes en el desarrollo del trabajo de titulación con el objeto de mejorar el producto de la investigación.

b) Informar y defender dos avances de la investigación por parte del estudiante en compañía de su Tutor ante la Comisión de Titulación Especial, cuyas fechas las definirán tentativamente el Estudiante y su Tutor posterior a la defensa del protocolo de investigación, fechas que serán insinuadas y constarán como evidencias en la respectiva acta de defensa del protocolo.

NOTA: El punto 3 de la resolución HCU-UTM Nº 318-SO-07-2015 de fecha 04 de septiembre 2015 suscrito por el Ing. Vicente Véliz Briones, RECTOR – PRESIDENTE DEL HONORABLE CONSEJO UNIVERSITARIO, en lo referente a: "la calificación del trabajo de titulación no debe ser considerada para obtener la calificación de la nota final que alcance el estudiante al incorporarse" aplica a los estudiantes cuyos temas de trabajos de titulación fueron aprobados por este Honorable Organismo a partir del 23 de septiembre/15.

Particular que comunico para los fines legales consiguientes.

Atentamente,
PATRIA, TECNICA Y CULTURA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Yira Vásquez Giler Mg. Sc.
DECANA

C.C:MSc. Miriam Barreto Rosado, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESTUDIANTES (Anexo Anteproyecto)

Elaborado y Tipeado por: Ing. Zarody Menéndez Arteaga, Secretaria
Aprobado por: Dra. Yira Vásquez Giler, Decana

ARCHIVO
21/10/2016
Recibido Dra Viorkis 5:10 pm

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Hora: 16:45 Fecha: 21.10.2016
RECIBIDO POR:
COMISIÓN DE ASUNTOS

16:00
21/10/2016
16:00

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

2016

Portoviejo, Diciembre 21/2016
Oficio Nº 1130-HCD-UTM

Doctor
Javier González Robles,
DOCENTE, TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CARRERA DE MEDICINA - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Ciudad.

De mi consideración:

El Honorable Consejo Directivo en sesión realizada el 14 de diciembre del 2016, conoció el oficio No. 585-UTE-FCS de noviembre 25 del 2016, suscrito por la Lic. Miriam Barreto Rosado, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; por medio del cual presenta informe correspondiente a la solicitud de modificación del tema realizada por Usted.

Al respecto este Honorable Organismo aprobó este informe, quedando él proyecto de investigación modificado de la siguiente manera: **"DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN CON DETERMINANTES BIOPSICOSOCIALES DE SALUD, CENTRO INTEGRAL EL ADULTO MAYOR JULIO CEDEÑO, ROCAFUERTE",** de los señores: CHANCAY CHUNGA JULIO ELOY Y NG MOREIRA MANFUNG FERNANDO, Estudiantes de la Escuela de Medicina.

Particular que comunico para los fines legales consiguientes.

Atentamente,
PATRIA, TECNICA Y CULTURA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Yira Vásquez Giler, Mg.
DECANA

9-01-17
Recibido
Mg

10/01/2017.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ARCHIVO

10/01/2017
16:00

c.c: MIEMBROS DE TRIBUNAL
Lic. Miriam Barreto Rosado, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN ESPECIAL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UTM
Estudiantes

Elaborado y Tipeado por: Ing. Zarody Menéndez Arteaga, Secretaria - Decanato.
Aprobado: Dra. Yira Vásquez Giler, DECANA (E)