

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

**ANALISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “SANTA CATALINA LABOURE”, AÑO 2012 -
2013**

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Elaborado por:

MONICA PAULINA ALMEIDA ANDRADE

Quito, Noviembre del 2013

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado los adultos mayores de Hogar de ancianos Santa Catalina Laboure.

A las hermanas y los trabajadores que son parte de esta prestigiosa institución y que día a día velan por el bienestar de los residentes.

A todo estudiante y profesional de la salud que se interese por conocer más de la realidad de este grupo de riesgo en el Ecuador.

AGRADECIMIENTO

A mis padres que confiaron en mí desde el inicio y por eso me dieron la oportunidad de estudiar lo que realmente me gusta, donde yo elegí y sé que seguirán apoyando mis decisiones de la vida.

A mis hermanos, que aun cuando hemos pasado separados, supieron darme ánimos para no rendirme desde que comencé y siempre han sabido la forma de apoyarme.

A Esteban por ser parte de mi sueño desde mis primeros pasos, escuchar mis problemas y apaciguar mis lágrimas de frustración, por regañarme cada vez que era necesario y por sobre todo brindarme el apoyo que necesitaba con su amor, su cariño y sus sinceras palabras para que nunca me detenga a fin de ser una buena enfermera y tener un futuro prometedor junto a él.

A mis compañeras/o de la carrera, especialmente a Gabriela por estar siempre pendientes de mi trabajo y darme ánimos para no decaer y seguir un camino próspero

A mis profesores por brindarme todos los conocimientos para entregar un cuidado amoroso, lleno de respeto y solidaridad para todos mis pacientes.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por ser el ente que me abrió sus puertas por estos cuatro años de estudio

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE DE GRÁFICOS.....	vi
INDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.....	5
METODOLOGÍA	6
Tipo de estudio	6
Universo y muestra	6
Fuentes, técnicas e instrumentos.....	6
Operacionalización de variables	7
Listado de variables.....	7
• Depresión.....	7
• Factores de riesgo asociados a la depresión:.....	7
○ Físicos	7
○ Psicológicos	7
○ Sociales	7
Plan de análisis de la información	7
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO.....	8
1. ADULTO MAYOR	8
1.1. Situación del adulto mayor en el Ecuador	17
1.2. Marco legal en el Ecuador	19
1.3. Adulto mayor institucionalizado.....	20
CAPITULO II	23

DEPRESIÓN	23
1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	23
2. FISIOPATOLOGÍA.....	25
3. MANIFESTACIONES CLINICAS	26
4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN	27
4.1. Factores biológicos	27
4.1.1. Factores neurológicos	27
4.1.2. Sistema No adrenérgico	28
4.1.3. Predisposición genética.....	28
4.1.4. Enfermedades crónicas	28
4.1.5. Exposición a ciertos fármacos	29
4.2. Factores psicosociales	30
4.2.1. El aislamiento y la soledad	30
4.2.2. Escasas posibilidades educativas	30
4.2.3. Insuficiencia económica	30
4.2.4. Crisis del sistema familiar.....	31
4.2.5. Transformaciones laborales, familiares, y convivenciales	31
4.3. Factores ambientales.....	32
4.3.1. Estructura vertical de las viviendas en las ciudades y barreras arquitectónicas en el hogar	32
5. DIAGNÓSTICO.....	33
5.1 Valoración Psicológica	35
6. TRATAMIENTO	36
6.1. Tratamientos generales.....	38
6.2. Psicofármacos.....	39
6.3. Terapia electroconvulsiva	39
6.4. Tratamientos psicosociales	39
6.5. Ginkgo biloba.....	42
6.6. Glutamina	42
6.7. Homeopatía	42
6.8. Progesterona natural.....	43
6.9. Fenilalanina.	43
6.10. Raíz de San Juan.....	43
HIPÓTESIS	46

CAPÍTULO III.....	47
EVALUACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “SANTA CATALINA LABOURE”	47
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	76
Libros	76
Revista	76
Documento electrónico	77
ANEXO 1: Operacionalización de variables	79
ANEXO 2: Diagnósticos de enfermería asociados a la depresión.....	82
ANEXO 3: Encuesta realizada al adulto mayor	87
ANEXO 4: Escala de depresión de Yesavage	92

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Pirámide Poblacional, Ecuador 2012	18
Gráfico 2 Evaluación inicial del trastorno depresivo	34
Gráfico 3 Diagnóstico del tratamiento depresivo	37
Gráfico 4 Tratamiento del trastorno depresivo (Figura 4).....	41
Gráfico 5 Motivo de consulta para la depresión y tratamiento, MSP, 2010	45
Gráfico 6 Pirámide Poblacional de los Adultos Mayores del Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	47
Gráfico 7 Resultados de depresión masculino y femenino en el Hogar de ancianos Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	49
Gráfico 8 Resultados de la escala de depresión de Yesavage del Hogar de ancianos Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	50
Gráfico 9 Constitución Física y depresión del Adulto Mayor de Catalina Laboure, Febrero - Agosto 2013	52
Gráfico 10 Facie de los Adultos mayores Catalina Laboure y los niveles de depresión Quito, Febrero - Agosto 2013.....	53
Gráfico 11 Tipos de deambulación y depresión de los Adultos Mayores Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	55
Gráfico 12 Instrucción educativa y sexo de los Adultos Mayores del Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013	66
Gráfico 13 Estado Civil y depresión de los Adultos Mayores del hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	67
Gráfico 14 Comparación entre la marcha y movilidad de los Adultos mayores del hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013.....	69

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad y número de personas según sexo en el Ecuador. Año 2010.....	17
Tabla 2 Diez Principales causas de morbilidad General, Ecuador 2010	19
Tabla 3 Prevalencia de depresión en Europa Estudio, EURODEP 2004	24
Tabla 4 Escala de depresión de Yesavage (versión de 15 ítems)	36
Tabla 5 Valoración física, Piel, Tejido celular subcutáneo y circulación colateral del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	57
Tabla 6 Valoración física: Ojos, Oídos, Olfato, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013	58
Tabla 7 Valoración física: Cuello, Sistema Respiratorio, Sistema Cardiovascular del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	59
Tabla 8 Valoración física: Sistema Digestivo, Sistema Osteomioarticular, Sistema Genitourinario del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	60
Tabla 9 Valoración física: Sistema nervioso del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	61
Tabla 10 Valoración psicológica: Orientación, Memoria a corto y largo plazo del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	64
Tabla 11 Valoración psicológica: Capacidad para seguir instrucciones, atención concentración y comprensión del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013.....	64

RESUMEN

El tema de los ancianos en el Ecuador, ha sido relegado por mucho tiempo, se cuenta con una ley Vigente desde 1992 que ha tenido varias reformas, pero cuya aplicación ha sido postergada.

Desde el año 2012 se ha comenzado a plantear en el plan del Buen vivir ciertos objetivos de atención para este grupo de edad, considerando que en pocos años el Ecuador poseerá un porcentaje considerable de adultos mayores. Las políticas actuales demuestran incremento en la atención. En este contexto y con la necesidad de abordar la salud de adultos mayores, este trabajo está destinado a conocer los factores físicos y psicológicos que son parte de la depresión en los Adultos Mayores institucionalizados.

La institución en la cual se realizó este estudio fue el Hogar Santa Catalina Laboure de la ciudad de Quito, institución ubicada en el centro de la ciudad de Quito, encargada del cuidado integral de los adultos mayores desde los 65 años en adelante. En la actualidad cuenta con 61 adultos mayores, dividido en 11 hombres y 50 mujeres.

La tipología de estudio es observacional, analítico, descriptivo transversal, con un enfoque cualitativo. Se tomó al 100% de la población, donde luego del análisis pertinente se tomó al 50 adultos mayores (8 hombres y 42 mujeres) que equivale al 81,9%, el grupo excluido fue tomado por ser adultos mayores con problemas psiquiátricos y de lenguaje

El instrumento utilizado fue un cuestionario con preguntas destinadas a la valoración física y psicológica y la escala de depresión de Yesavage.

En el marco teórico se describe el proceso de envejecimiento, las teorías del envejecimiento, la situación del adulto mayor en el mundo, Latinoamérica y el Ecuador, también se habla de la depresión; concepto, fisiopatología, manifestaciones clínicas, factores de riesgo físicos, psicológicos, sociales y ambientales, diagnóstico y tratamiento

ABSTRACT

The subject of the elderly in Ecuador has been neglected for a long time, with a law effective since 1992 that has several reformatations, but its implementation has been delayed.

Since 2012 it has begun to raise a plan with certain objectives for the Well Living for this group of age, considering that in a few years Ecuador will have a considerable rise on the percentage of elders. Current policies show increasing attention. In this context and with the need of better knowledge of their health, this study it is destined to know the physical and psychological factors that are part on the depression of institutionalized elderlies.

The institution in which this study was made was The Santa Catalina Labour Home in the city of Quito, located in the center of Quito, in charge of the integral care of elders from 65 and older. Nowadays it counts with 61 elders, divided into 11 men and 50 women.

The typology of the study is observational, analytic, and transversally descriptive with a qualitative focus. It took 100% of the population, and then for the analysis 50 elders (8 men, 42 women) equivalent to 81,9%, the excluded had either psychiatric or speech problems.

The instrument used was a questionnaire regarding physical and psychological valuation and the Yasevage depression scale.

In the Theoretical framework its described the process of aging, theories of aging, situation of the elder around the world, latin-america and Ecuador, as well as the subject of depression; its concept, physiopathology, clinical manifestations, physical, psychological and socio-environmental risks, diagnose and treatment..

INTRODUCCIÓN

La población de adulto mayores uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de salud más común o exceso, tanto por el proceso de envejecimiento, que aumenta las necesidades de algunos nutrientes y produce una menor capacidad de regulación de la ingesta de alimentos, como por otros factores asociados tales como: físicos, psíquicos, sociales y económicos, que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, todo esto está directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida (educación, trabajo), exposición a factores de riesgo y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

En un artículo publicado en la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES 2008) habla de que es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida. La etiología está conformada por múltiples factores que interactúan recíprocamente, entre ellos se encuentran aspectos sociales como la jubilación, la muerte de allegados, abandono y otros aspectos de orden biológico como el deterioro cognitivo, que se ven reflejados en el estado de salud y nutrición del adulto mayor.

La población de adultos mayores en Ecuador ha crecido considerablemente debido a que la esperanza de vida ha ido cada vez más en aumento, según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina.(INEC 2012)

Por ello se hace necesario conocer la situación de los ancianos en el país, sus condiciones socioeconómicas y de salud, para que se tomen medidas adecuadas que garanticen la atención integral al anciano.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un trabajo realizado en el mes de noviembre del año 2012 por las alumnas de séptimo nivel de enfermería sobre la depresión realizado en el Hogar de Ancianos Santa Catalina Laboure, una institución privada religiosa, ubicada en la ciudad de Quito, en la calle Juan Benigno Vela, frente al Hogar de niños San Vicente de Paul, de la misma institución, sector La Recoleta, en esa ocasión se tomó en cuenta solo a 12 de los 65 pacientes, encontrando a 9 de ellos con niveles de depresión que equivale a un porcentaje de 75% de depresión de la población total. El adulto mayor que se encuentra en la institución Catalina Laboure, está viviendo diferentes aspectos en todas sus esferas vitales por sus cambios físicos, sociales y ambientales que predisponen por su edad y el nuevo estilo de vida que poseen luego de haber cumplido con sus deberes en la sociedad.

Las estadísticas oficiales de suicidio identifican a las personas mayores como un grupo de alto riesgo, la población anciana en EEUU representaron el 20% de sus suicidios, en cambio, los jóvenes entre las edades de 15-24, comprenden aproximadamente el 14% de la población y el 15% de los suicidas (Miller, Segal, y Coolidge, 2001).

En la ciudad de Quito, según la 5ta Ronda de Encuesta de condiciones de vida del Ecuador (ECV 5ta. Ronda)los adultos mayores equivale a 90.628 (5,9%) con respecto a la población total de esta ciudad (1.523.274), un 40.967 (5,5%) equivalen a hombres y 49.660 (6,4%) representan a las mujeres, Un estudio reciente del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Central llegó a la conclusión de que en la capital se reporta una prevalencia del episodio depresivo en el adulto mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses), muy por encima de la media de la región del 4,9%. (Comercio.com, 2012)

Por lo tanto, es importante determinar cuáles son los factores más importantes en la depresión en el adulto mayor institucionalizado.

JUSTIFICACIÓN

Adulto mayor, es el término que recibe las personas que tienen más de 65 años, también llamados como ancianos o personas de la tercera edad.

El adulto mayor está pasando por una nueva etapa de vida, con limitaciones físicas y sensoriales, aparición de enfermedades típicas y cambios ambientales y sociales propios de la edad como la jubilación y la viudez que se presentan como factores de riesgo para la aparición de la depresión y posteriormente ser llevados a un suicidio.

Existen factores psicológicos, sociales y físicos que pueden desencadenar afectaciones y que a la larga puedan terminar en una depresión, como la jubilación, la presencia de enfermedades crónicas, muerte de parientes o amigos, falta de socialización, pérdida de rol en el seno familiar y malas relaciones con la comunidad que le rodea.

Al realizar un análisis en un lugar donde los pacientes se encuentran viviendo cada día y rodeado por la misma gente, se pretende determinar los niveles de depresión causados por factores psicológicos y sociales a través de la recolección de información de todos los adultos mayores con cualquier nivel de depresión que se encuentren en el hogar de ancianos Catalina Laboure. Posteriormente analizar los resultados encontrados y determinar cuáles son los factores más importantes y hacia donde tiene que ir encaminado el cuidado de enfermería sobre este grupo de edad, para evitar consecuencias graves como empeoramiento de enfermedades crónicas que posee el adulto mayor y el riesgo de suicidio por una depresión profunda.

El presente trabajo intenta demostrar el nivel de depresión que tiene los adultos mayores institucionalizados y sus factores desencadenantes a través de un análisis para determinar ¿cuáles son los factores de riesgo que prevalecen en este grupo poblacional? y poder proponer un plan de cuidados de enfermería adecuados para actuar sobre esos factores encontrados, su familia y la comunidad que lo rodea y así disminuir los niveles de depresión a través de actividades físicas y psicológicas adecuadas en el tiempo que se necesite y además sugerir la existencia de profesional calificado para tratar a este tipo de población conociendo sus causas y los factores de riesgo que pueden presentar en la

institución a fin de tener un mejor nivel de vida y que su parte psicológica y social sea un punto importante de ahora en adelante y no solo velar por el cuidado de su parte física.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los factores asociados a la depresión que existen en pacientes institucionalizados.

Objetivos específicos

- 1.** Caracterizar a la población de estudio con depresión: edad, sexo, instrucción, enfermedades crónicas no degenerativas y problemas psiquiátricos.
- 2.** Determinar la prevalencia de adultos mayores con depresión de acuerdo a la escala de Yesavage.
- 3.** Identificar los factores asociados a la depresión: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La tipología de estudio es observacional, analítico, descriptiva transversal ya que detalla las características de los adultos mayores institucionalizados del hogar de ancianos Santa Catalina Laboure mediante un enfoque cualitativo.

Universo y muestra

El Hogar de ancianos Santa Catalina Laboure, se encuentra en la ciudad de Quito, en el sector de La Recoleta, es una institución católica sin fines de lucro, acoge a adultos mayores cuyos familiares solicitan ayuda a la institución para su cuidado, a aquellos que ingresan voluntariamente a la residencia y también, a quienes por situaciones desfavorables son encontrados en las calles de la ciudad sin un lugar donde vivir.

El universo corresponde al 100% de la población, que equivale a 61 residentes (sesenta y uno) donde luego del análisis pertinente se tomó a 50 adultos mayores (8 hombres y 42 mujeres) que equivale al 81,9%, el grupo excluido fue tomado por ser adultos mayores con problemas psiquiátricos y falta del habla.

Fuentes, técnicas e instrumentos

Esta investigación parte de la observación realizada durante la práctica realizada en la institución en el año 2012 por parte de las estudiantes de séptimo semestre de la carrera de enfermería, se usará una fuente de información primaria porque los datos se tomarán directamente de la persona, se aplicará la técnica de la entrevista a través de una guía de entrevista planteada para este estudio (Anexo 3) donde se realizará una valoración física que dure un aproximado de 7 minutos y una psicológica a través de ejercicios lúdicos de 5 minutos en total y se utilizara de instrumento adicional el test de depresión de Yesavage

La guía de la entrevista contemplará los siguientes datos:

- Datos de identidad.

- Características sociales como sexo, edad, dependencia económica, nivel educativo.
- Estado de salud.
- Estado psicológico.
- Escala de depresión de Yesavage.

Operacionalización de variables

El análisis del estudio de las variables es bivariable, es decir, se analiza los factores biológicos, psicológicos y sociales en comparación con el nivel de depresión de cada uno de los residentes y se compara para determinar con exactitud las causas de la depresión. (Anexo 1)

Listado de variables

- Depresión
- Factores de riesgo asociados a la depresión:
 - Físicos
 - Psicológicos
 - Sociales

Plan de análisis de la información

La tabulación y el análisis de resultados se la realizará mediante estadísticas descriptiva y su hipótesis se comprobará con la aplicación de χ^2

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. ADULTO MAYOR

El término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tiene que ver no solo con la evolución cronológica sino también con los fenómenos de naturaleza biopsicosocial (Magno de Carvalho y Andrade, 2000).

El Ministerio de salud Pública (MSP 2010) define al adulto mayor como aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

El adulto mayor vive una etapa llena de cambios a nivel biológico, psicológico, social y ambiental que determinan su nuevo estilo de vida. A lo largo del tiempo ha habido cambios en lo que representa un adulto mayor y su vida y en la actualidad se ha desarrollado una gran cantidad de teorías para explicar ¿por qué se dan estos cambios? Y así desarrollar planes que ayuden a un cuidado oportuno y eficaz en este grupo poblacional.

Según algunos autores las teorías se basan en sus cambios biológicos, psicológicos y cronológicos, así, Lilian Pardo, médica especialista de la Universidad del Rosario de Colombia en el año 2006 demuestra que las **teorías biológicas** se basan en los cambios anatomo - funcionales del ser humano dando relevancia al sistema inmune, neuroendócrinos, del colágeno, genéticos y de los radicales libres, todos ellos hablan de las razones del aspecto actual del anciano, su deterioro físico, aparición de enfermedades en cierto sentido crónicas y sus nuevas habilidades que comienza a desarrollar por su edad.

Cuando explica de las teorías del envejecimiento psicológicos también nombra a la **teoría de la desvinculación** llamada también como la teoría del retraimiento. Según la doctora Pardo las personas al llegar a una determinada edad, las personas prefieren retirarse de los roles sociales y desvincularse de la sociedad, por tal la razón la misma

sociedad los hace a un lado y si cierta persona trata de cambiar esa desvinculación, los consideran desadaptados y retraídos.

- **La Teoría de actividad**, explica que la mejor forma de seguir siendo parte de la sociedad es realizar las mismas o actividades similares a lo que ha realizado en toda su vida, cuando la persona es forzada a dejar sus actividades por problemas físicos y psicológicos, se debe buscar otra actividad a realizar para tener un buen envejecimiento.

- **Teoría de vacío de roles**, dice que con la vejez la persona pierde sus roles, tanto familiares como sociales que le permitían saber lo correcto y lo incorrecto de la sociedad, por lo que él no ser parte de un rol social produce un cambio llamado “desaparición del anciano” Martínez (2005) siendo separado de la sociedad y sus normas.

Estas teorías tratan de explicar los cambios psicológicos, sociales y ambientales que se producen en el envejecimiento, demostrando la disminución de facultades cognitivas, de razonamiento y memoria y cambios en el humor que se presenta por el paso de la edad a un proceso nuevo, lleno de experiencia y determinación como una preparación a su nueva etapa y la espera a la muerte.

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presentan hasta una disminución del 25 al 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciendo un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica de la persona, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas degenerativas, más la predisposición genética, estilo de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos.

Desde una perspectiva funcional, el adulto mayor sano “es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal” (Álvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010)

Así, se puede decir que el adulto mayor es el grupo etéreo que a través del tiempo ha sufrido cambios a nivel físico, psicológico y social adecuados para su nuevo rol y nueva perspectiva social para lograr una satisfacción total y que comienza su preparación para una nueva etapa vital que es la muerte.

Cambios físicos y psicológicos del adulto mayor.

El adulto mayor presenta una serie de cambios físicos que afectan a cada uno de los sistemas y aparatos del cuerpo humano, es así que los cambios más importantes y las patologías clásicas de este grupo de edad puede estar establecida según estos cambios, así el doctor Homero Gac de la Pontificia Universidad Católica de Chile explica los cambios que se realiza en el envejecimiento:

Sistema Nervioso Central: Cerebro y médula espinal

- Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años).
- Disminución de los procesos dendríticos.
- Reducción de la sustancia blanca.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Aumento del tiempo de respuesta reflejo.

Sistema Nervioso Autónomo

- Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post sinápticos.
- Existe una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.
- Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”.
- Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades.
- Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación.
- Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

Sentido de la visión

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.
- Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución de la elasticidad del cristalino.
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.
- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

Audición y Equilibrio

- Degeneración del órgano de Corti.
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.
- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración.
- Osteosclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio.
- Excesiva acumulación de cerumen.
- Disminución de la producción de endolinfa.
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.
- Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

Olfato, Gusto y Fonación

- Atrofia de las mucosas.

- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.
- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
- Cambios en la voz.

Sistema Locomotor: músculos, huesos y articulaciones

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por deservación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).
- Osteoporosis.
- Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago.
- Engrosamiento sinovial.
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.
- Pérdida de masa muscular.
- Predisposición a calambres musculares.
- Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extraabdominales.
- Debilidad muscular.
- Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal.
- Cifosis.
- Disminución de la estatura.
- Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.
- Rigidez articular y predisposición al dolor.
- Disminución en la confianza y seguridad para la actividad.
- Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado.

Sistema Gastrointestinal

- Cambios en la mucosa oral.
- Cambios atróficos en la mandíbula.
- Atrofia de tejidos blandos (encía).
- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscularis.
- Reducción del tamaño del hígado.
- Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.
- Predisposición a las caries dentales, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.
- Problemas en la absorción de alimentos.
- Constipación y diverticulosis.
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

Sistema Respiratorio

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums¹.
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.
- Osteoporosis de la caja torácica.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.
- Debilidad de los músculos respiratorios.
- Capacidad vital disminuida.
- Deterioro de la difusión de oxígeno.
- Eficiencia respiratoria disminuida.
- Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaración de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax.

¹ Pared que divide de un modo completo o incompleto una cavidad o estructura en otras más pequeñas.

- Predisposición a la infección.

Sistema Cardiovascular

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima.
- Incompetencia valvular venosa.
- Calcificaciones en las válvulas cardíacas.
- Rigidez de las paredes venosas.
- Depósitos de lipofucsina y fibrosis del miocardio.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Deterioro de la microcirculación.
- Dilatación y prominencia de la aorta.
- Presencia de soplos cardíacos.
- Predisposición a los eventos tromboembólicos.
- Disminución en la capacidad de actividad física.
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas.
- Trastorno de la microcirculación periférica.

Sistema Génito-Urinario

- Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas.
- Atrofia de la mucosa vaginal.
- Laxitud de los músculos perineales.
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).
- Falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio.

- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos.
- Dispareunia (dolor al coito) en la mujer.
- Incontinencia urinaria.
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

Piel

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.
- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo.
- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento.
- Placas seborreicas.
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación.
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.
- Prurito.
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

Sistema Inmunológico

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo).

- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

Sistema Endocrino

- Disminución de la tolerancia a la glucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

La valoración psicológica es tan importante como la valoración física, los cambios en la memoria, concentración, atención y comprensión de las cosas produce sentimientos de desesperanza y falta de autoestima por parte del adulto mayor.

Ente los cambios psicológicos más importantes que se pueden presentar son:

- Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.
- Puede observarse, en algunos casos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.

También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.

Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

1.1. Situación del adulto mayor en el Ecuador

El Ecuador estableció a través de la ley del anciano promulgada en el Registro Oficial 806 de 6 de noviembre de 1991 y decreto ejecutivo No. 127 y su registro general en vigencia en el R.O. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437, que la edad para ser llamado adulto mayor es a partir de los 65 años

En la tabla 1 se demuestra la edad y el número de adultos mayores, según el último censo realizado en el Ecuador en el año 2010

Tabla 1 Edad y número de personas según sexo en el Ecuador. Año 2010

Edad	Hombres	Mujeres	Total
De 65 a 69 años	156,804	167,013	323,817
De 70 a 74 años	116,203	123,888	240,091
De 75 a 79 años	78,602	86,616	165,218
De 80 a 84 años	53,157	62,395	115,552
De 85 a 89 años	26,734	34,001	60,735
De 90 a 94 años	10,523	14,977	25,5
De 95 a 99 años	3,133	4,906	8,039
De 100 años y más	698	1,255	1,953
	1143,156	495,051	1638,207

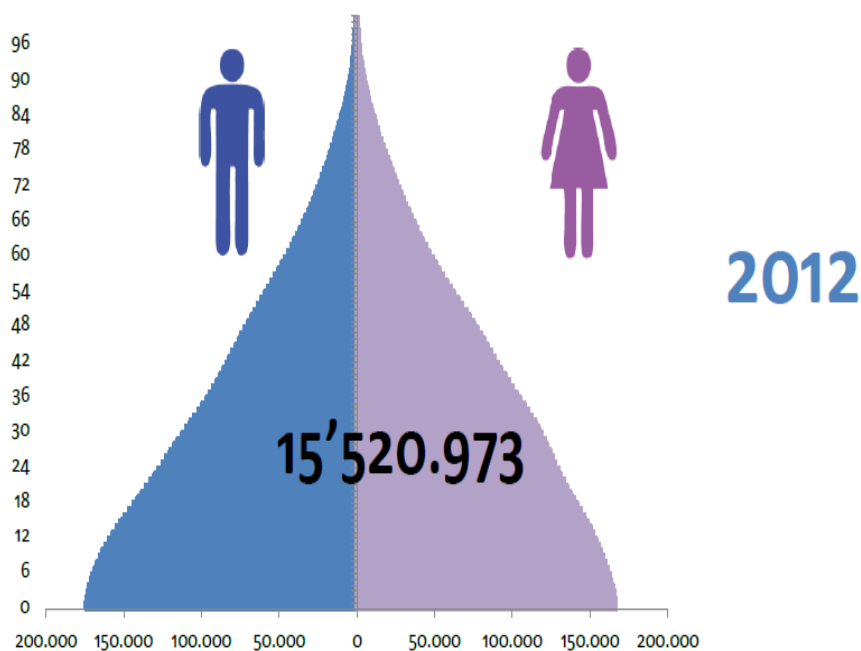
Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda año 2010.

Según CEPAL/CELADE (1994) y Chackiel (2004), el Ecuador se ubica en plena fase de transición demográfica, con una tasa de fecundidad de 2.6, una esperanza de vida de 75 años y con una proporción de 5.7% de adultos mayores de de la población en total.

Según el censo de población y vivienda realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de estadística y Censo (INEC) en la provincia de Pichincha existen alrededor de 2'576.287 habitantes, de ellos 162.249 son personas de 65 años o más, determinando que el 6.2% de la población total de la provincia es parte del grupo de adulto mayor, mientras que en el Ecuador existen 940,905 que equivalen al 6.5%, demostrando que la frecuencia entre adultos mayores de las provincias y del país están en un porcentaje similar y van aumentando según lo establecido en la esperanza de vida del Ecuador.

Gráfico 1 Pirámide Poblacional, Ecuador 2012

La mayor parte de la población está concentrada en edades menores a 25 años



Fuente: INEC 2012. Estadística Nacional de población y vivienda

El aumento del promedio de vida, en la actualidad es de 80 años, específicamente en países desarrollados. Sin embargo en países del continente africano o asiático, la esperanza de vida es incluso de entre menos de 40 a 59 años, debido a las precarias condiciones de vida. En el Ecuador el promedio es de 75,6 (42,1 para hombres y 78,0 para mujeres) (UNICEF, 2009)

Es así que a través de los datos obtenidos en el último censo poblacional del INEC (2012) se estima que la población va a ir envejeciendo, esperando que la mayor parte de la población para el 2050 sea de 42 a 48 años y con una esperanza de vida de 80.5 y su estudio para el sector salud se hace primordial tomando en cuenta la mortalidad y morbilidad actuales.

Observando la pirámide poblacional actual se determina el incremento que ha habido en estos años.

Por lo tanto el adulto mayor vive una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que puede poner en riesgo su vida con facilidad si no son cuidados correctamente,

En el año 2010, entre las causas de morbilidad más comunes en el Ecuador siguen prevaleciendo las enfermedades diarreicas y gastroenteritis, junto con las enfermedades

del aparato respiratorio como la neumonía y en tercer lugar colelitiasis, otra enfermedad del sistema gastrointestinal y apendicitis aguda, por lo que es uno de las áreas de salud más importantes en la actualidad mientras que la principal causa de mortalidad en el Ecuador se encuentra una enfermedad que normalmente aparece en edades avanzadas como la hipertensión.

Tabla 2 Diez Principales causas de morbilidad General, Ecuador 2010

Nº orden	Código de lista	CAUSAS	Número de egresos	%	Tasa
1	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	37.393	3.4	26.3
2	J18	Neumonía de organismo no especificado	33.710	3.1	23.7
3	K60	Colelitiasis	29.985	2.8	21.1
4	K35	Apendicitis aguda	25.634	2,4	18.0
5	O06	Aborto no especificado	23.364	2.1	16.4
6	047	Falso trabajo de parto	14.408	1.3	10.1
7	K40	Hernia inguinal	14.143	1.3	10.0
8	S06	Traumatismo intracraneal	11.472	1.1	8.1
9	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	10.049	0.9	7.1
10	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9.689	0.9	6.8

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: camas y egresos del hospital 2010

Elaborado por: Monica Almeida

1.2. Marco legal en el Ecuador

La Constitución del 2008 estipula en los artículos: 36, 37,38 la preferencia que tienen los adultos mayores, como grupo vulnerable o grupos de riesgo, además señala al Estado como ente principal, en la creación de políticas y programas que garanticen al adulto mayor el derecho a una asistencia prioritaria y especial, que les asegure un nivel de vida digna, atención integral de salud gratuita y especializada. Esta ley también hace mención sobre la sanción que recibirán los familiares, profesionales de la salud o instituciones que tienen la finalidad de dar protección a los adultos mayores en caso de abandono.

Aunque las leyes actuales protegen al adulto mayor, en la práctica lo único que se ha concretizado, pero con una cobertura limitada, es el bono de inclusión social, y la priorización en la atención de las instituciones gubernamentales y privadas; los demás proyectos, aunque altruistas, están muy lejos de hacerse realidad.

Según el proyecto de ley Reformatoria de la Ley del anciano (mayo, 2012) emitido por la Asamblea Nacional se debatió la Ley reformativa del Adulto Mayor, citando el cambio de denominación y las novedades que trae son la preocupación que debe tener la familia por el adulto mayor, así como la creación de un Consejo Nacional de Protección de las Personas Adultas Mayores, en estos términos:

Art. 3.- Agréguese, a continuación del Artículo 3, el siguiente Artículo enumerado: "Art.-- Corresponde a la familia garantizar el buen vivir de las personas adultas mayores, debiendo asistirles, de manera especial, durante sus años de mayor vulnerabilidad, en caso de enfermedad o cuando adolecieren de una discapacidad que les impidiere valerse por sí mismas."....

Art. 4 - Sustituyese el Artículo 9 por el siguiente texto:

"Crease El Consejo Nacional de Protección de las Personas Adultas Mayores, como un organismo especializado para la definición, seguimiento y evaluación de las políticas de promoción de los derechos del adulto mayor.

Dicho organismo que está todavía en proyecto, estaría conformado por : Ministra o Ministro o delegado de la inclusión económica y social y de la salud pública; y tres representantes de las organizaciones de las personas adultas mayores, que se encuentren legalmente reconocidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

1.3. Adulto mayor institucionalizado

Es así que podemos darnos cuenta que la mala alimentación de la población produce que enfermedades como diabetes sea la principal causa de fallecimiento en el país y que arrastra otras enfermedades como obesidad e HTA, por lo que es importante desarrollar un plan de alimentación que trate esta enfermedad, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

El envejecimiento influye en todas las estructuras de la sociedad y produce una necesidad de servicios de cuidado adecuado para los adultos mayores. Hasta ahora, el interés de los gobiernos por desarrollar servicios médicos para el adulto mayor ha sido lento y escaso. Se tiende a decir que el problema del anciano es social y se desestiman

los informes que señalan que los tres problemas más relevantes para ellos, según importancia, son: mala salud, soledad y pobreza. En el hecho, en muchos países no existen servicios, programas estructurados de cuidado, ni capacitación del personal de salud y de los que toman decisiones para afrontar correctamente el desafío del envejecimiento y sobre todo del incremento de adulto mayor institucionalizados.

“El adulto mayor institucionalizado es aquel que se encuentra dentro de una casa hogar, residencia, institución con todas las necesidades básicas cubiertas las 24 horas del día” (Marín, Guzmán, & Araya, Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?, 2004), es decir es aquella persona que pasa a vivir en una institución geriatría

Al pasar los años, los cambios psicológicos, biológicos y ambientales influyen en el desarrollo de la población adulto mayor, dando la aparición a un número de enfermedades crónicas y psicológicas características de la edad como la depresión, demencia y trastornos de sueño.

Es así que el adulto mayor institucionalizado se refiere a la persona que vive dentro de una casa hogar o una residencia ya sea de cuidado diurno, en una especie de “guardería” o un establecimiento donde se cubre las necesidades básicas las 24 horas del día.

Según el doctor Pablo Álvarez, Geriatra “La soledad les causa depresión Por las múltiples ocupaciones de las familias, los adultos mayores pasan la mayor parte del tiempo solos.”

Por esta razón y sabiendo cual es la realidad de este grupo poblacional es preferible buscarles compañía, de preferencia una persona que, a más de experiencia en el cuidado, tenga conocimientos técnicos en el trato al adulto mayor.

Una persona que pasa sola todo el día es presa fácil de la depresión, de la inactividad y de la pérdida de su autoestima, mucho más una persona que esté en un grupo de riesgo como los adolescentes y los adultos mayores, esta condición le predispone a enfermedades, lo cual disminuye su calidad de vida.

Según el doctor Álvarez “Es bueno que estén acompañados y asistidos, pero deben ser personas con enfoque y conocimiento acerca del envejecimiento”.

Los centros de día, donde pasan de entre siete u ocho horas, son buenas alternativas para que se sientan acompañados, en la actualidad el Municipio de Quito comenzó campañas de incentivo a los adultos mayores con el programa de 60 y piquito que se trata de grupos organizados, donde se reúnen diariamente por 8 horas realizan actividades físicas y recreacionales para un mejor tratamiento. Otra ventaja de asistir a estos sitios es la sociabilización con personas de la misma edad, costumbres y creencias similares con quien pueden compartir ideas y que sea una fuente de estimulación de su memoria.

Es así que solo en la ciudad de Quito podemos encontrar alrededor de 50 centros geriátricos entre instituciones que funcionan las 24 horas del día a centros de compañía de funcionamiento diurno, e inclusive personas destinadas solo a su compañía y cuidado.

CAPITULO II

DEPRESIÓN

Todos los seres humanos sufren, alguna vez eventos como tristeza, luto o melancolía. Hay momentos así a lo largo de la vida, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, se da la aparición de una enfermedad llamada **depresión**. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que en términos psiquiátricos se equipara a “un resfriado”. No obstante, es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte. (Nance, 2005)

Para el presente trabajo se tomará a la depresión como un cambio a nivel emocional representado por la tristeza, soledad, aislamiento y pensamientos suicidas ocasionado por cambios bruscos en su estilo de vida o falta de adaptación a sus nuevos papeles que presenta la persona y que ha durado más de seis semanas en su evolución.

1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Según los datos derivados de estudios EURODEP (consorcio que consiste de estudios comunitarios independientes sobre depresión en personas mayores que principalmente se lleva a cabo en centros en Europa) recientes, los síntomas depresivos ocurren en un 15% de la población mayor de 65 años que viven en un medio comunitario, un anciano ingresado en unidades médicas de agudos, la prevalencia es superior al 5% y en institucionalizados en residencias el 25%. En el primer año de su ingreso a la residencia, entre un 13 a 18% de los ancianos desarrollan un episodio depresivo mayor. (Guillén, Pérez, & Petidier, 2008)

Tabla 3 Prevalencia de depresión en Europa Estudio, EURODEP 2004

País- ciudad	Porcentaje
Islandia	8.8
Liverpool	10.0
Zaragoza	10.7
Dublín	11.9
Ámsterdam	12.0
Berlín	16.5
Londres	17.3
Verona	18,3
Múnich	23.6
Media General	14.5

Fuente: Tomada de Estudio EURODEP (Word Psychiatry, 2004)

En Chile, los trastornos del ánimo tiene una prevalencia de vida de 16.3%, siendo los cuadros depresivos las más relevantes de este grupo con una prevalencia de vida de 11.3%, sin embargo en instituciones o casas de reposo u hogares de ancianos, la prevalencia de una depresión se eleva hasta un 17 -20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. (Marín, 2007)

En un artículo publicado en el diario El Comercio de Quito (2012) en el Ecuador, éste trastorno emocional es preocupante, especialmente en Quito que es la ciudad donde se encuentra la mayor prevalencia de todas las patologías psiquiátricas atendidas. Un estudio reciente del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Central llegó a la conclusión de que en la capital se reporta una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos mayores en 12 meses), muy por encima de la media de la región del 4,9%. Para la investigación se tomó una muestra de 1 800 habitantes de zonas urbana y rural.

Según los análisis a nivel mundial, los casos de depresión son más comunes en las mujeres de cualquier edad, mientras que los resultados en la ciudad de Quito esta dolencia afecta más a viudos, en unión libre, y muy por detrás, a casados y jóvenes. (El Comercio 2012)

2. FISIOPATOLOGÍA

Entre la fisiopatología se mantiene en vigencia que la depresión es causada por cambios a nivel de los neurotransmisores que estimulan en el cerebro como la noradrenalina y la serotonina, pero las causas psicosociales y genéticas comienzan a tener mayor fortaleza que las causas biológicas.

En el adulto mayor, los cambios en los neurotransmisores a partir de las enfermedades seniles² como el Alzheimer, Parkinson y accidentes cerebrovasculares, son las principales causas de alteraciones de carácter somático que alteran la serotonina y de sus enzimas transportadoras.

Estudios clínicos y pre clínicos señalan como factor relevante la alteración de la actividad de serotonina (5-HT) en el sistema nervioso central (SNC). Otros neurotransmisores implicados son la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA).

La importancia en la fisiopatología de la depresión mayor de la actividad de la serotonina en el SNC se sustenta en la eficacia obtenida por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor.

Además, existen estudios que señalan que la disminución de triptófano en los pacientes estudiados en remisión, que ocasiona un descenso temporal de las concentraciones de serotonina en el SNC, puede producir una recaída aguda o transitoria de los síntomas depresivos. Las neuronas serotoninérgicas implicadas en trastornos afectivos se localizan en el núcleo dorsal del rafe, el sistema límbico y la corteza prefrontal izquierda. (Medcenter.com 2013)

La doctora Ángela María Iragorri, Neuróloga y Psiquiatra de la ciudad de Bogotá, en el año 2010 propone que hay alteraciones en los receptores de las monoaminas³ que actúan como neurotransmisores y que puede ser secundaria a la deficiencia de neuroaminas, que hace que los receptores postsinápticos, de manera compensatoria, aumenten en número y desencadenen cuadros depresivos.

Resumiendo, las alteraciones de los neurotransmisores que estimulan la formación de noradrenalina y serotonina, son la principal causa de formación de depresión en el adulto mayor, principalmente en la aparición de enfermedades causadas por la alteración de estos neurotransmisores como alzhéimer y Parkinson.

² Enfermedades características que se presentan por la edad avanzada de las personas

³ Grupo principal de neurotransmisores del sistema nervioso formados por un grupo amino y también llamados aminas biógenas.

3. MANIFESTACIONES CLINICAS

El adulto mayor que entra en etapa de depresión va a presentar cambios en sus actividades de la vida diaria que son característicos y que ayudan al equipo de salud o a sus cuidadores a darse cuenta de la presencia de esta patología, entre ellas podemos enumerar el desgano, la anhedonía⁴, culpabilidad, insomnio e incluso pensamientos de actos suicidas.

Para ello es importante tomar en cuenta los cambios desde lo más básico hasta más complejos que nos ayuden a su determinación desde su aparición:

- Sentimiento de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío principalmente producido por el fallecimiento de algún familiar o de la pareja
- Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba como actividades físicas, reuniones familiares o actividades personales tales como lectura, bordados, escritura, etc.
- Problemas con el sueño tales como dormir mucho, dificultad para conciliar el sueño, no dormir lo necesario o despertar muy temprano en la mañana que comienza a afectar su estado psicológico, físico y social por los trastornos de sueño que presenta en paciente deprimido.
- Cambio de apetito como pérdida que puede desencadenar bulimia o anorexia nerviosa o aumento de peso dando como resultado obesidad y sobrepeso que a la larga llevarán a otros problemas como hipertensión y diabetes.
- Sensación de irritabilidad, frustración o desasosiego que puede producir malas relaciones interpersonales por los cambios de humor bruscos.
- Disminución de energía o cansancio después de actividades normales, esto está relacionado con los trastornos de sueño y de apetito que comienza a presentar el paciente con depresión.
- Dificultades de concentración, falta de memoria, dificultad para tomar decisiones o procesos mentales lentos; los cambios psicológicos normales que se producen en el adulto mayor se modifican por la presencia de patologías y mucho más cuando estas son psicológicas como la ansiedad, depresión y la demencia senil.
- Excesivos sentimientos de culpabilidad, sensación de inutilidad o desamparo, fortalecidos principalmente por problemas económicos producidos por la jubilación y la dependencia económica.

⁴ Incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción de casi todas las actividades.

- Enfermedad médica o quirúrgica. Mala autopercepción de salud o enfermedades crónicas inesperadas como hipertensión o cáncer.
- Disminución de interés de relacionarse con otras personas.
- Llanto frecuente sin razones aparentes.
- Pensamientos repetitivos sobre la muerte o acerca de morir.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Debemos recordar que cuando alguien está deprimido, esa persona tiene síntomas todo el día, presentándose en cada momento sin tener una razón aparente que han durado por lo menos dos semanas, por lo que es importante comenzar con un tratamiento inmediato y que no todas estas manifestaciones son necesarias para que sea llamado cuadro depresivo ya que las clasificaciones pueden variar

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

A través del estudio de las teorías, sintomatología y la fisiopatología de la depresión, existen diferentes factores que llevan a la depresión del anciano, entre ellos están los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales:

4.1. Factores biológicos

Cuando hablamos de los factores biológicos, se está refiriendo a la parte física, anatómicamente estructurada y visible, tanto microscópica como macroscópicamente hablando, por lo tanto, entre los factores, se toman en cuenta el sistema Nervioso Central y sus diferentes estructuras, así como las enfermedades que causan alteraciones a nivel de los demás sistemas y aparatos.

4.1.1. Factores neurológicos

Según Power (2004) El envejecimiento conlleva una serie de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, tanto a nivel presináptico como postsináptico.

La alteración de la serotonina y la aparición de enfermedades cerebro-vasculares son fuente de que el paciente comience una serie de cambios y que esto produzcan casos de ansiedad, depresión o de otro tipo de patología que conlleven a estos cambios que son las alteraciones en la salud mental, tal como los trastornos bipolares

Existen indicadores de imbricación⁵ del sistema serotoninérgico en la depresión del anciano. Determinados grupos muestran niveles bajos de triptófano en plasma. Varios estudios han demostrado que la disminución en los transportadores de serotonina puede desencadenar cuadros depresivos. (Agüera, Cervilla, & Martín, 2006)

4.1.2. Sistema No adrenérgico

También se observa una disminución de las neuronas de locus coeruleus⁶ con la consiguiente disminución de síntesis de noradrenalina, un descenso de los receptores α y β -adrenérgicos en el neocórtex y un aumento, al menos en el líquido cefalorraquídeo resulta la aparición de pacientes depresivos, confirmando así que la disminución de receptores noradrenergicos es el responsable de la aparición de depresión en los adultos mayores.

4.1.3. Predisposición genética

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastornos depresivos y síntomas de depresión endógena: el riesgo de morbilidad en parientes en primer grado están incrementado en todos los estudios llevados a cabo y es independiente de los efectos ambientales o educación, encontrados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 (Guadarrama, Escobar, & Zhang, 2004)

Esto se confirma en enfermedades psiquiátricas como depresión y ansiedad, que en algunas ocasiones varios miembros de la familia presentan la misma enfermedad y deben ser tratados farmacológicamente e incluidos en grupos que les ayuden a tratar esta enfermedad para todos.

4.1.4. Enfermedades crónicas

Cuanto mayor es el número de problemas de salud y más graves son éstos, la tendencia a la discapacidad es más obvia, por lo que los ancianos comienzan un declive en sus capacidades físicas y disminución de autoestima por el hecho de comenzar a entender su posición actual en la vida, sus cambios físicos que se han producido y que

⁵ Disposición de los elementos de una cosa de modo que unos se superponen parcialmente sobre otros, como las tejas de un tejado o las escamas de los peces.

⁶ Región anatómica del tallo cerebral involucrada en la respuesta del pánico y del estrés

ahora comienzan a producirle secuelas, especialmente los cambios a nivel de los órganos de los sentidos como la vista y el oído, sus limitaciones no les permiten un buen estilo de vida y formar parte de una sociedad exigente y que no poseen la capacidad de entender su situación actual. (Ramos, Larios, Martínez, López, & Pinto, 2002)

4.1.5. Exposición a ciertos fármacos

Se debe tener cuidado a ciertos fármacos y sus efectos colaterales e interacciones que conlleven a una depresión o a empeorar el cuadro entre ellos están:

- Benzodiazepinas; hipnótico, sedante, ansiolítico que actúa en casos de epilepsia, ansiedad.
- Clonidinas; tratamiento usado para casos de hipertensión arterial
- Corticosteroides; usados en caso de alergias, dolores agudos e intensos y como anestésicos.
- Digital; medicamento cardíaco para casos de insuficiencias cardíacas.
- Estrógenos; hormonas usadas para problemas a nivel gineco-obstetricos, menopausia y como método anticonceptivo.
- Hidralazina; usado como relajante de la musculatura lisa de los vasos sanguíneos para tratamiento de la hipertensión arterial.
- Progesterona; hormona usada como método anticonceptivo y para regular el ciclo menstrual.
- Propanolol; betabloqueador usado en el tratamiento de la hipertensión arterial.
- Tamoxifen; antagonista del estrógeno usado en tratamientos de endometriosis
- Vinblastina; droga antineoplásica usada en algunos tratamientos cancerígenos como cáncer de pulmón
- Vincristina; droga antineoplásica usado en tratamientos cancerígenos como cáncer de mama y sarcoma osteógeno (Marín, Geriatria y Gerontología, 2007)

Varios de estos fármacos son utilizados para tratar enfermedades cardiacas y cambios hormonales como estrógeno y progesterona, que producen cambios noradrenergicos por lo que es importante que el uso de estos fármacos sea controlado cuidadosamente para evitar los efectos secundarios en este grupo de edad, que fácilmente pueden llegar a la depresión si la dosis es demasiado para su edad.

4.2. Factores psicosociales

La parte psicológica y social de los factores de riesgo hace referencia a la parte interna del paciente, que no se puede observar y hace conciencia de su ser, entre ellos está el aislamiento, la soledad, instrucción educativa, etc.

4.2.1. El aislamiento y la soledad

El sentirse solo, sin su pareja o sin las personas que toda su vida lo han rodeado, disminuye la capacidad de afrontamiento de situaciones y sus demandas no se exteriorizan. Permanecen invisibles para la sociedad desde su familia hasta la comunidad a la que pertenecen, convirtiéndose en grupos vulnerables y que en muchas ocasiones no son tomados en cuenta para la toma de decisiones, a pesar de la experiencia que les ha dado la vida y todo lo que pueden brindar, la soledad por no ser escuchados o el aislamiento que puede producirse dentro de su propia familia o en una institución, determina un factor importante para desencadenar depresión en los adultos mayores.

4.2.2. Escasas posibilidades educativas

La baja de conocimientos generales de los adultos mayores, el choque tecnológico y la importancia de las lenguas que son distintas a la autóctona de él hace que este grupo poblacional se vea aislado por la falta de conocimientos y los nuevos avances del mundo actual sin poder realizar aportaciones a la sociedad, logrando que el sentimiento de rechazo por estas limitaciones sea marcado logrando la depresión en los pacientes que sienten las limitaciones del futuro.

En la actualidad, una persona de cualquier edad que no sepa un segundo idioma y no está acorde con los avances de la tecnología, puede ser considerado una persona aislada y no ser tomado en cuenta por las nuevas generaciones y los nuevos avances que presenta el mundo moderno.

4.2.3. Insuficiencia económica

El desempleo y la jubilación limita las posibilidades de afrontar con éxito las consecuencias del deterioro físico que comienzan a vivir y sufren con la idea de su situación actual, tomando en cuenta lo costoso de la vida actual y el futuro que le espera sin importar la edad.

La falta de financiamiento para subsistir o cuidar de su familia produce alteraciones del sueño, de las actividades físicas produciendo finalmente depresión marcada.

Cuando la persona que ha sido económicamente activa por varios años llega a un punto que deja de aportar en su hogar, comienza el sentimiento de desesperación y carga para las personas que lo rodean y que ahora han tomado el rol de protectores y jefes del hogar.

4.2.4. Crisis del sistema familiar

La mayor parte de los adultos mayores, aún son cuidados por la familia, pero este fenómeno se está transformando, por los cambios ocupacionales de los mismos familiares augurando que en poco tiempo, la oferta de cuidadores informales se incrementará.

En la antigüedad los hijos, principalmente las hijas eran los encargados de cuidar a su padres y velar por todas sus necesidades, en la actualidad, la necesidad económica y los nuevos roles que está tomando la mujer en la sociedad, han hecho que los adultos mayores sean considerados una carga para la familia, por lo que buscan alternativas que ayuden a equilibrar las necesidades de este grupo de edad, siendo la institucionalización el factor predominante en la toma de las decisiones.

4.2.5. Transformaciones laborales, familiares, y convivenciales

La movilidad geográfica en el trabajo, el acceso de la mujer al mercado laboral, la sustitución del modelo de familia tradicional por otros, son fenómenos nuevos, no conocidos por ninguna otra generación, que están revolucionando el sistema de cuidados que, hasta ahora, recaía fundamentalmente en la mujer. (Ramos, Larios, Martínez, López, & Pinto, 2002)

En el siglo XXI las personas no pueden mantenerse en el hogar, deben salir en búsqueda de trabajo que logren darles el suficiente dinero para ser parte de una sociedad consumista con cambios permanentes y nuevos retos, por lo que el adulto mayor o las personas con discapacidades han sido desplazadas a un segundo plano y la distinción de su posición actual de “carga social” hace que se busquen maneras de poder cuidarlo de una mejor manera sin que estén los familiares presentes como los hogares o residencias para adultos mayores donde puedan estar acompañados y cubrir sus necesidades básicas como alimentación, vestuario y en muchas ocasiones actividades físicas y recreativas.

4.3. Factores ambientales

Los factores ambientales es la parte que le rodea a la persona, el hogar, la ciudad, la naturaleza se convierten, viéndolo desde las diferentes perspectivas en factores que pueden desencadenar una depresión

4.3.1. Estructura vertical de las viviendas en las ciudades y barreras arquitectónicas en el hogar

Escasas adaptaciones en las mismas que dificultan el acceso dentro y fuera del hogar, disminuyendo las relaciones sociales y las actividades físicas de las personas con discapacidades funcionales como lo tienen los adultos mayores, entre estos problemas son escaleras que no están acorde a sus necesidades, falta de iluminación en las casas, falta de seguridades, etc.

Muchas personas con discapacidades tienen problemas desplazándose o caminando de un lugar a otro, en su propio hogar o en la comunidad. Esto puede afectar la manera en que manejan sus actividades diarias tales como vestirse y bañarse, así como la frecuencia con la que salen de casa. Algunas veces el tener problemas de movilidad significa necesitar ayuda de otras personas para hacer ciertas cosas que la mayoría de las personas pueden hacer por sí mismas, lo cual puede ser frustrante o penoso.

En el Ecuador continúan las barreras arquitectónicas en las calles, aun cuando en ciudades como Quito se está realizando varios cambios para facilitar su movilidad, pero la falta de pasos peatonales aptos para los adultos mayores y las escaleras encontradas en los espacios públicos dificultan su movilidad y alteran su socialización.

La falta de preparación en los centros geriátricos han hecho que existan propias barreras en su vivienda, falta de rampas, luces para la noche especialmente en el piso, que eviten golpes y caídas por falta de iluminación y alfombras que compliquen la movilización son factores que ponen en riesgo la vida del adulto mayor y produzcan cambios de su autoestima al sentirse atrapados e inútiles para realizar por sí mismo las actividades.

5. DIAGNÓSTICO

Tradicionalmente se ha considerado que en la depresión del adulto mayor existen determinados aspectos clínicos que eran más típicos o propios del trastorno en esta edad, entre ellas se encuentran: exceso relativo de quejas somáticas, hipocondriasis y agitación por lo cual es importante realizar un exhaustivo trabajo de diagnóstico en búsqueda de signos y síntomas depresivos. (Agüera, Cervilla, & Martín, 2006)

Según el manual “Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención” realizado en México, para analizar a los pacientes con posible depresión es muy útil realizar dos preguntas con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 67%

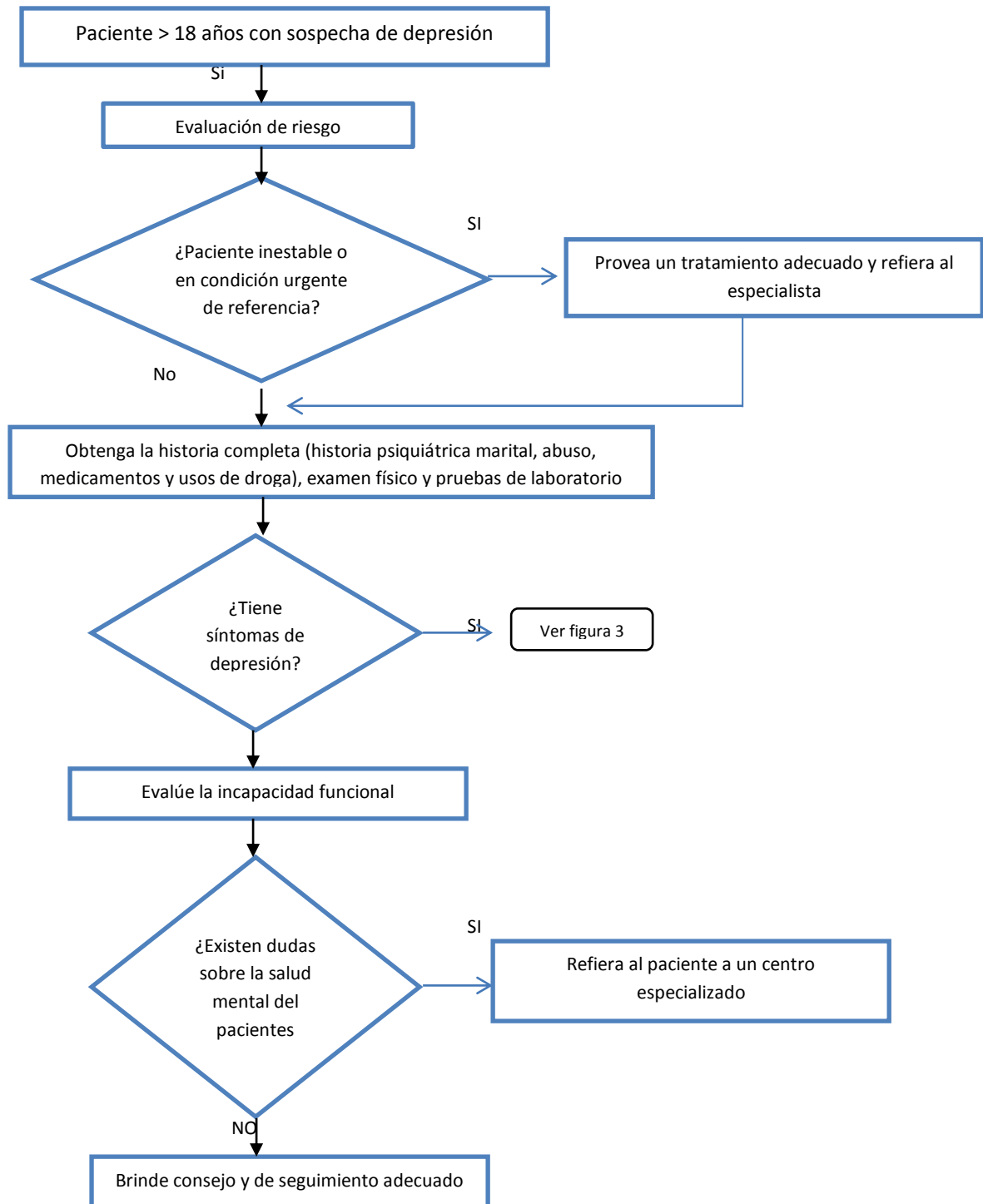
1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido y sin esperanza?
2. ¿Durante el mes pasado se ha sentido con poco interés o placer en hacer las cosas?

Entre las diferentes actividades que debe realizar el personal de salud encontramos:

- Anamnesis

A través de una buena entrevista se puede diagnosticar o no la presencia de depresión.

Gráfico 2 Evaluación inicial del trastorno depresivo



Fuente: VHA/DOD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults, Washington 2000.

Elaborado por: Monica Almeida

Al observar el flujograma, podemos determinar los datos que necesitamos para realizar un diagnóstico claro que contribuya al esclarecimiento de la depresión de las personas mayores de 18 años, este mismo diagnóstico se puede tomar en cuenta para

los adultos mayores adjuntando la hoja de tamizaje del Adulto Mayor, como requisito indispensable para su valoración completa (MSP 2012)

5.1 Valoración Psicológica

En la valoración psicológica se debe Analizar las conductas verbales y no verbales, su forma de comunicar ansiedad, enojo, vacilación, etc.

Adicionalmente se debe revisar varios aspectos:

- **Historia familiar:** Antecedentes personales y familiares con respecto a su estado anímico y otros problemas psiquiátricos como ansiedad, problemas obsesivos u otros problemas a nivel personal y familiar.
- **Instrumentos:** Escala de depresión de Yesavage (Tabla 4) es el instrumento base para diagnosticar la depresión en pacientes de cualquier edad por su claridad en las preguntas y su fácil acceso.

A través de los resultados se puede verificar el grado de depresión que puede ser leve, moderado y grave, también se le puede clasificar en normal, leve grave o en no establecida, establecida y grave.

- **Medios de diagnóstico:** imagenología, exámenes de laboratorio para verificar que la depresión no sea producido por un problema físico como alteración cerebral o enzimática producido por interacciones o sobredosis medicamentosa, que determine los cambios de neurotransmisores.

Tabla 4 Escala de depresión de Yesavage (versión de 15 ítems)

ITEMS	SI	NO
¿Está satisfecho con su vida?	0	1
¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se encuentra aburrido (a)?	1	0
¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
¿Teme que algo malo le pase?	1	0
¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa que salir?	1	0
¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
¿Cree que mucha gente es mejor que usted?	1	0

Fuente: Agüera, Psiquiatría Geriátrica, Barcelona 2006

Puntuación total:

Interpretación:

0 a 5 Leve

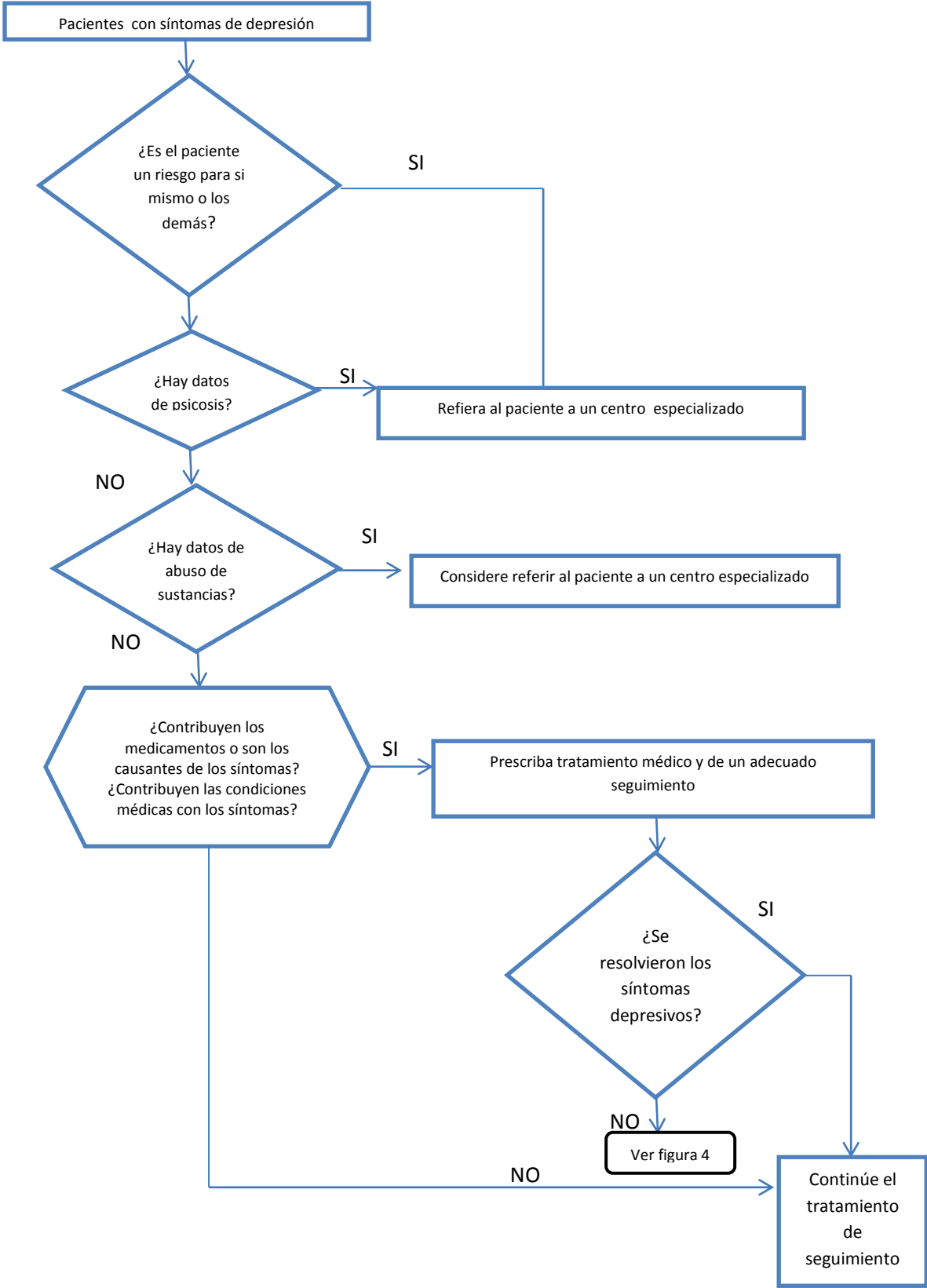
6 a 9 depresión moderada

Mayor de 10 depresiones grave

6. TRATAMIENTO

Los objetivos globales del tratamiento de la depresión en el anciano se basan en la disminución de síntomas depresivos, riesgos de recaída mejorar la calidad de vida, mejorar el estatus de salud física, disminuir la mortalidad y disminuir los costos sanitarios.

Gráfico 3 Diagnóstico del tratamiento depresivo



Fuente: VHA/DOD clinical practice guideline for the management of mayor depressive disorder in adults, Washington 2000.
Elaborado por: Monica Almeida

Al diagnosticar que un paciente presenta signos de depresión, se debe comenzar inmediatamente con un tratamiento establecido para cada uno de los niveles, estos pueden ir desde los tratamientos tradicionales con fármacos a los tratamientos no tradicionales con medicina alternativa, yoga, etc.

Según los niveles de depresión encontrados en los adultos mayores se puede hacer diferentes tipos de tratamiento desde lo más simple a lo complejo y que ayude a su bienestar, entre ellos están:

6.1. Tratamientos generales.

- **Sueño:** se recomienda que se comience con un plan especial de manejo de la ansiedad y la higiene del sueño que consiste en medidas especiales para tener un buen momento de dormir y un despertar descansado y sin sentimientos de cansancio durante el día.
- **Ejercicio:** Recomendar a los pacientes con depresión el realizar ejercicio estructurado y supervisado de acuerdo a sus capacidades desde una caminata de 30 minutos a 1 hora como lo más común.
- **Guías de autoayuda:** Se ha encontrado evidencia que los pacientes con depresión leve pueden verse beneficiados a través de una guía de autoayuda basada en terapia cognitiva.

Estas guías normalmente constituyen en la administración de materiales escritos apropiadamente y el apoyo limitado del profesional de la salud quien típicamente introduce el programa y revisa el progreso obtenido. Lo que normalmente toma de 6 a 9 semanas que contiene varios puntos importantes para que formen parte de su diario convivir:

1. Establezca una meta para todos los días y trate de cumplirlas.
2. Realizar reuniones familiares o de amigos armónica que conlleve felicidad.
3. Desarrollar cualquier tipo de actividad que le mantenga entretenido y le haga olvidar sus problemas.
4. No se encierre en su hogar y evite ver películas tristes (Rozados, 2013)

6.2. Psicofármacos

Indispensables para tratamiento en fase aguda y evitar recaídas, con dosis relativamente menores a las de un adulto joven debido a una mayor sensibilidad en los receptores dando tratamientos entre 6 a 12 semanas llegando hasta 6 meses del tratamiento.

Debemos siempre tomar en cuenta los siguientes aspectos en los tratamientos con fármacos contra la depresión:

- Tratar siempre con un antidepresivo los síntomas de la depresión, sean del tipo que sean.
- Con el fin de no empeorar posibles síntomas cognitivos, se deberán utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes.
- Procurar no usar las benzodiazepinas, salvo en los casos en que sean estrictamente necesarias, ya que estos fármacos agravan los síntomas cognitivos, producen sedación y pueden inducir cuadros confusionales en pacientes muy ancianos.
- Iniciar el tratamiento con la mitad de dosis que en adultos.
- No olvidar la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo los del grupo heterocíclico.
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos que el enfermo reciba.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento.

6.3. Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva está indicada en casos de depresión mayor o depresión grave con alto riesgo de suicidio y en la que el uso de psicofármacos está contraindicado ante la presencia de enfermedades médicas como problemas cardiovasculares o rechazo de la alimentación

6.4. Tratamientos psicosociales

Según la doctora Victoria Hall (2003) La tendencia actual de tratamiento consiste en combinar psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos con

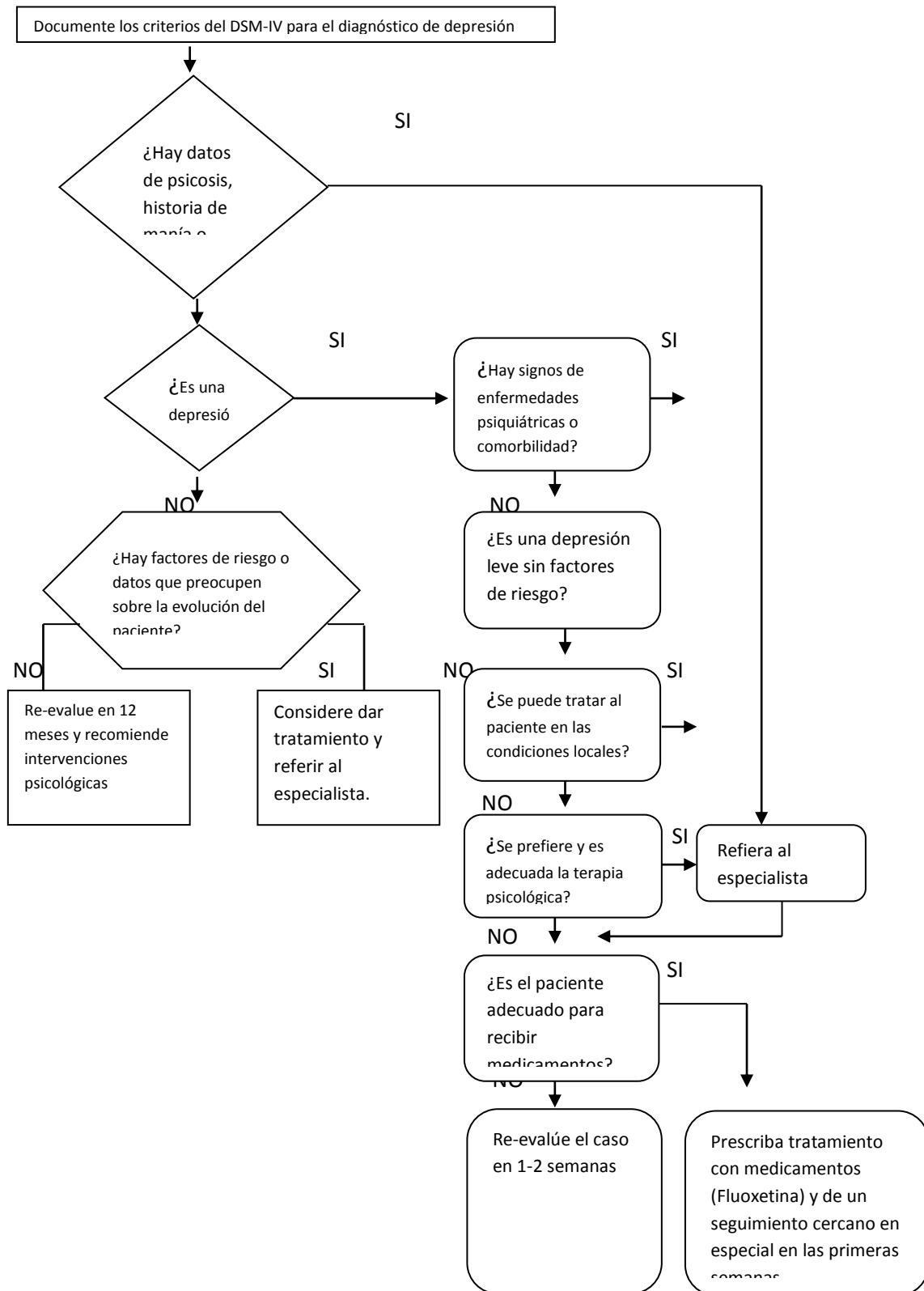
depresión, El tratamiento, sin embargo, en los casos más leves puede tratarse únicamente psicoterapéutico del tipo dinámico, conductual, grupal y psicoanalítico.

La misma debe ser llevada por un especialista dando las terapias intersticiales como la conductual cognitiva como las intervenciones más eficaces documentadas hasta la actualidad, ambas pueden ser realizadas individual o grupalmente y requiere de 8 a 16 sesiones semanales.

Con la terapia interpersonal, el individuo recibe una guía para adaptarse a los diferentes papeles de vida, la terapia cognitiva ayuda a cambiar la desesperanza de las personas y los pensamientos negativos. La psicoterapia aislada puede ser tan eficaz como la terapia farmacológica en casos de depresiones leves.

Son necesarios para poder ayudar al paciente ante los acontecimientos vitales adversos que con frecuencia ocurren en estos periodos de edad teniendo la ventaja de poder ser utilizadas en cualquier periodo de vida y con muy poco costo.

Gráfico 4 Tratamiento del trastorno depresivo (Figura 4)



Fuente: VHA/DOD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults, Washington 2000.

Elaborado por: Monica Almeida

Cuando ya se realiza el tratamiento, como se observa en la figura, se debe explicar al paciente que es un tratamiento de larga duración y que tendrá que ser evaluado en varias sesiones para determinar su mejoría o proceder a otro tipo de tratamientos de tipo psiquiátrico.

También existen ciertos tratamientos muy poco utilizados, aunque no existen estudios fidedignos que demuestren su importancia para los casos de depresión

6.5. Ginkgo biloba.

Consiste en el extracto de las hojas del árbol Ginkgo biloba utilizado principalmente para tratar los problemas de circulación cerebral y como los síntomas de esta condición pueden confundirse con depresión se recomienda también para estos casos, pero sin encontrarse evidencias de un tratamiento positivo.

6.6. Glutamina

Glutamina es un aminoácido que se vende como suplemento alimenticio en los comercios; como un precursor del neurotransmisor glutamato se ha sugerido su uso en pacientes deprimidos, incluso se ha encontrado evidencia que el proceso de transformación de glutamina en glutamato se ve afectado en los procesos depresivos.

Es promovido como un “suplemento cerebral” que incrementa la energía y mejora el ánimo.

6.7. Homeopatía.

La homeopatía es un sistema de medicina alternativa que comprende la administración de sustancias muy diluidas.

Los homeópatas ven los síntomas depresivos como un signo de cómo el cuerpo trata de curarse a sí mismo, de manera que para ayudar en el proceso, administran sustancias que producen los mismos síntomas para estimular los poderes curativos del cuerpo.

Se ha encontrado un estudio controlado de pobre calidad que demostró que la homeopatía produce un efecto beneficioso en los episodios depresivos, recordando que

existen varios tipos de tratamientos homeopáticos que se pueden usar como la chocoterapia donde afirman que produce un relajamiento muscular y mejora la circulación y disminuye la ansiedad y depresión.

6.8. Progesterona natural.

La progesterona natural es usualmente distribuida en crema o supositorios, ha recibido una gran cobertura de los medios en particular en el libro “Lo que su médico probablemente no le dirá sobre la menopausia” (What your doctor may not tell you about menopause).

La progesterona puede influenciar las funciones serotoninérgicas en el cerebro, y por tanto se ha sugerido que la suplementación de progesterona puede ser útil en el tratamiento de la depresión posparto, premenstrual, perimenopáusica y posmenopáusica, es decir cuando los niveles de progesterona esta bajos.

6.9. Fenilalanina.

La Fenilalanina es un aminoácido esencial que se vende como suplemento alimenticio. Como es un precursor de los neurotransmisores catecolaminérgicos, se ha sugerido un efecto beneficioso en el tratamiento de los trastornos depresivos.

Se ha encontrado evidencia de un estudio científico no controlado que la Fenilalanina produce un efecto beneficioso tan bueno como la Imipramina⁷, sin embargo, no existía un grupo placebo y pudo ser que ningún tratamiento fue eficaz en esa población (igual de efectivos).

6.10. Raíz de San Juan.

La raíz de San Juan (St John's wort) o *Hypericum perforatum* es un tratamiento natural, encontrado en la amazonia en forma de planta y comercializado que se puede adquirir en cápsulas o forma líquida en los centros de comercio.

⁷ Fármaco antidepresivo usado en psiquiatría para tratar trastornos depresivos y melancolía

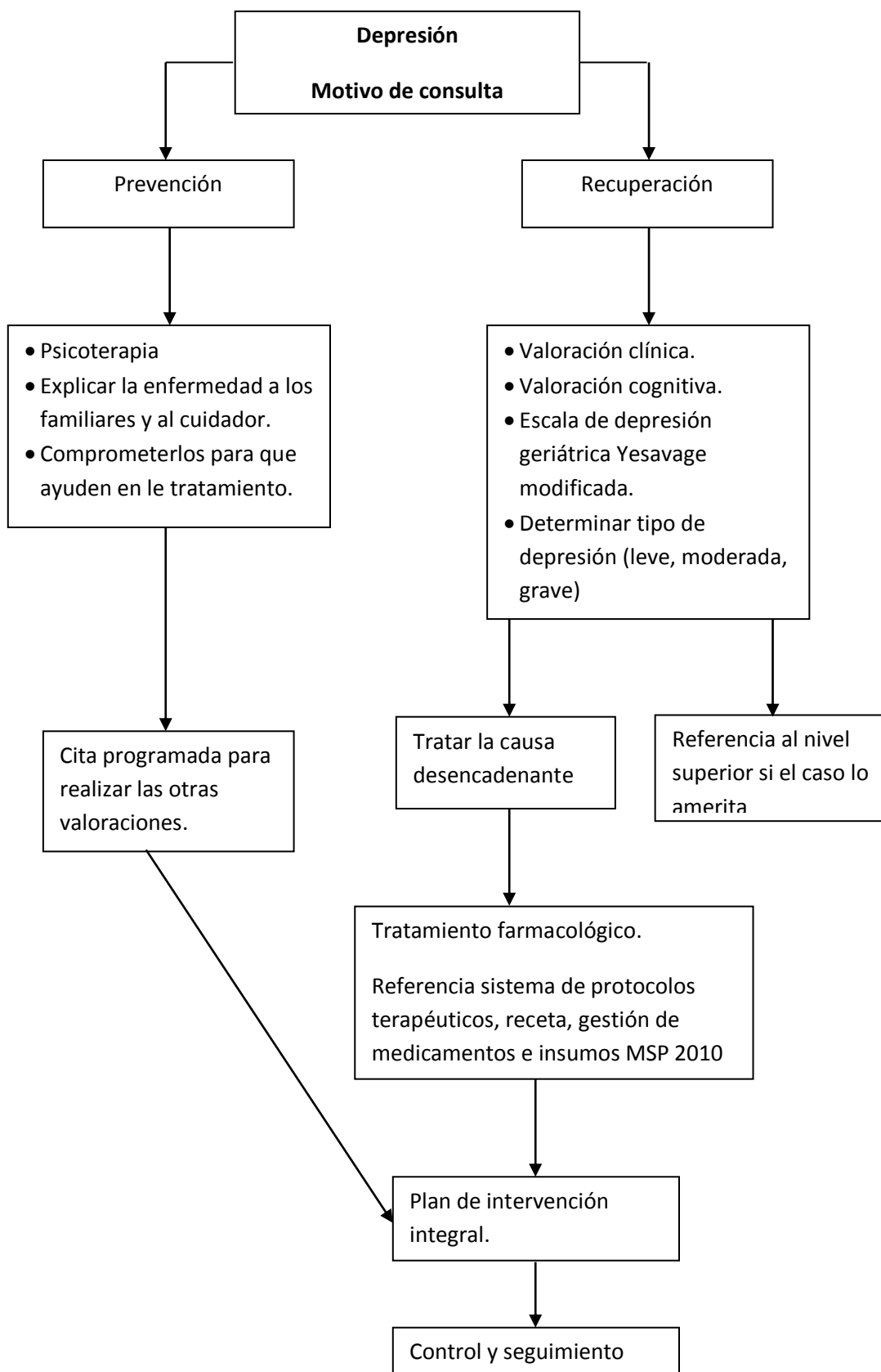
Este es un remedio tradicional en Europa por lo que todavía se desconoce su modo de acción, pero parece inhibir la recaptura de serotonina, norepinefrina y dopamina a nivel sináptico.

Un meta-análisis de 27 estudios controlados concluyó que este tratamiento es superior al placebo y no encontró diferencias en efectividad en comparación con los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los episodios depresivos leves o moderados. Otro meta-análisis de 6 estudios con criterios estrictos de calidad, que la raíz de San Juan tiene produce un efecto beneficio y es equivalente a los antidepresivos tradicionales y los efectos adversos son menores que con los antidepresivos tricíclicos.

Aunque la mayoría de los estudios pequeños muestran un efecto beneficioso, el estudio más grande, placebo controlado y raíz de San Juan no se encontraron diferencias con el placebo.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, también ha realizado un flujograma, especificando, según los estudios realizados, lo que se necesita realizar en caso de un adulto mayor con depresión desde su diagnóstico, tratamiento y recuperación hasta los puntos importantes que todos debemos saber para su prevención, con el fin de lograr recuperar el estado psicológico normal para el adulto mayor y que lleve un estilo de vida saludable.

Gráfico 5 Motivo de consulta para la depresión y tratamiento, MSP, 2010



Fuente: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores, Quito, 2010

Para el diagnóstico y tratamiento de la depresión es importante tomar en cuenta desde la primera consulta al paciente como un posible portador de depresión, es así que tomamos en cuenta el motivo de consulta como la primera parte del diagnóstico.

Se realizará una anamnesis desde la apariencia general hasta la valoración física, se hará una valoración psicológica en búsqueda de posibles indicios de depresión y finalmente se realizará el tratamiento o prevención a una posible presencia de este mal.

Es importante recordar que cualquier paciente que presente síntomas de depresión se deberá realizar un control periodo y que no exista mucho tiempo entre cada uno de ellos y seguimiento al hogar para trabajar con la familia o las personas que le rodean, para alcanzar una recuperación completa y plena.

HIPÓTESIS

Los adultos mayores institucionalizados presentan factores psicológicos y sociales como causa principal de sus trastornos depresivos en una institución.

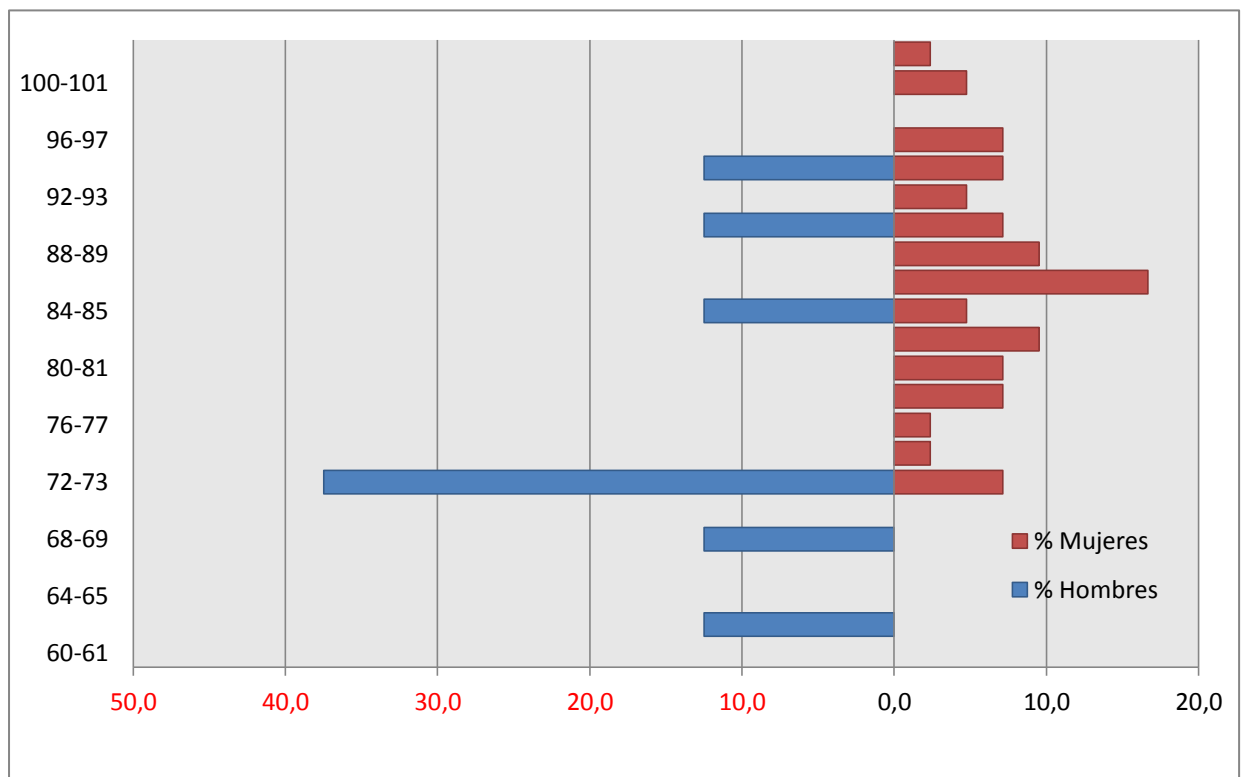
CAPÍTULO III

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “SANTA CATALINA LABOURE”

La depresión en el adulto mayor puede manifestarse por cambios tanto físicos, mentales, sociales y ambientales que alteran el estilo de vida de una persona que ha llevado la misma rutina por varios años y por lo cual no pueden manejarlos y caen en sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad que puede llevar a un suicidio.

A través de la investigación y la recolección de datos en la entrevista de los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos “Santa Catalina Laboure”, se estableció los siguientes datos del nivel de depresión en la institución y su participación a través de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Gráfico 6 Pirámide Poblacional de los Adultos Mayores del Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Mónica Almeida.

En el Ecuador, según las últimas cifras publicadas por el Instituto Nacional de estadística y Censo (INEC) del año 2010, existe un mayor número de mujeres que de hombres en todo el país y esta diferencia sigue creciendo al transcurrir los años.

En la actualidad la población ecuatoriana se encuentre en 15´804.647 habitantes y solo en la provincia de Pichincha encontramos un total de 2.576.287 siendo 1.320.576 mujeres y 1.255.711 hombres mientras que el número de adultos mayores en el Ecuador es de 940 905 siendo 445 854 es decir el 47,39% hombres y 485 051, es decir el 51,55% mujeres

En el Hogar de ancianos Catalina Laboure de la ciudad de Quito, entre la encuesta realizada en ese periodo se demostró que si existe un aumento significativo entre hombres y mujeres en el hecho de presentar porcentajes con tanta diferencia entre un 84% de mujeres en comparación de un 16% de hombres en la muestra, estos datos ayudan a realizar trabajos – talleres enfatizado a los gustos femenino como costura o bordados, lectura o ejercicios de memoria para trabajar en la parte emocional de los residentes y complementar el trabajo que se realiza a fin de evitar niveles de depresión.

La tasa de esperanza de vida de los últimos años ha ido en aumento en los últimos años, esto se debe a los cambios ambientales, físicos y sociales que comienzan a preocuparse por el estilo de vida y la salud de los adultos mayores para brindarles una vida plena y a través de los cuidados paliativos adecuados, tener una muerte digna, al lado de sus familiares y sin dolor alguno.

Entre los datos obtenidos en el último censo del INEC, 2010, la esperanza de vida actual en el Ecuador, entre las mujeres se encuentra en 83,5 años, mientras que el de los hombres es 77,6 años, dando un promedio de 80,5 años en todo el país

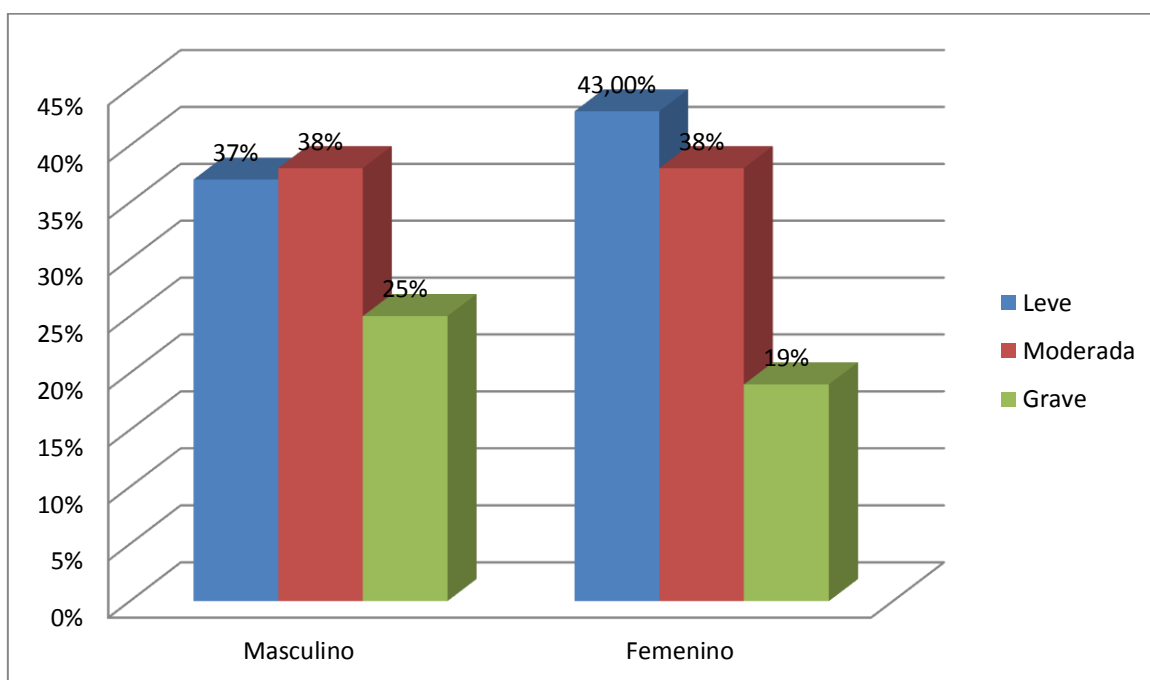
En el hogar de ancianos, se observa que la mayoría de mujeres se encuentran entre las de edades de 81 a 90 años, llegando a la esperanza de vida promedio actual que tiene el país, e inclusive un porcentaje alto llega a sobrepasar los noventa años de edad llegando incluso a casos con 103 años viviendo en perfectas condiciones en la residencia.

En cuanto a los hombres, la mayor parte se encuentra en el grupo de 71 a 80 años, siendo de entre todos los tomados para la muestra un número inferior al de las mujeres pero que se encuentran en los rangos de esperanza de vida actuales.

Se puede concluir que se mantiene con la tendencia de la esperanza de vida en los adultos mayores y en algunos casos sobrepasar las estadísticas a través de las costumbres que han tenido durante toda su vida, con buena alimentación, ejercicios y actividades que le mantengan la mente entretenida y tranquila de su vida actual.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Gráfico 7 Resultados de depresión masculino y femenino en el Hogar de ancianos Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

La depresión es un problema de salud que puede afectar a hombres y mujeres por igual, no discrimina ni edad, raza, ni instrucción o estado civil, pero si son factores que pueden ayudar a predisponer esta enfermedad en el ser humano.

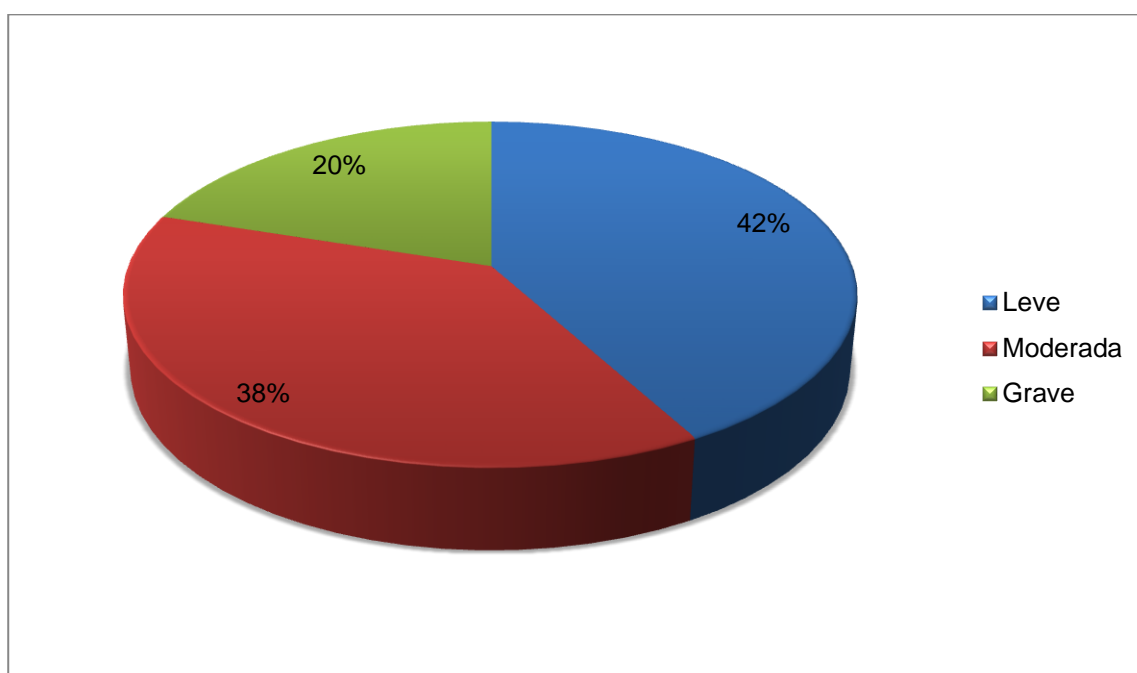
Se ha demostrado que la edad donde mayor número de casos se encuentran de depresión es pasado los 60 años, es decir un grupo de adultos, pero principalmente el adulto mayor.

Según los datos recolectados en la investigación, de todos los residentes hombres, que fueron tomados en la evaluación (ocho) el 38% presentaba niveles de depresión moderados y el 25% llegaron a niveles de depresión graves. Del mismo modo

un 38%, es decir 3 residentes presentaban un nivel leve depresión que podría tratarse de un mal día o un mal momento, por lo que no puede decirse que se trata de un caso de depresión, aun así se debe realizar tratamientos preventivos con cada uno de ellos, para evitar que ese nivel aumente a moderado o grave.

Entre las mujeres de las 42 pacientes entrevistadas, el 38% presentaban niveles moderados de depresión y un 19% depresión grave, al igual que con los hombres, el 42,8%, es decir 18 residentes, presentaron depresión leve, por lo que es importante también trabajar de forma que no se presente un aumento a moderado o grave.

Gráfico 8 Resultados de la escala de depresión de Yesavage del Hogar de ancianos Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

En la entrevista, se utilizó un instrumento probado con anterioridad y que es útil para determinar presencia de depresión en el adulto mayor, es así que usando la escala de depresión de Yesavage, se pudo determinar si existe niveles bajos, intermedios o altos de depresión en los residentes del hogar de ancianos “Catalina Laboure”

De los 50 residentes tomados en cuenta para la investigación, 42% presento niveles leves de depresión, el 38% depresión moderada y solo el 20% niveles graves de

depresión, estos datos nos pueden indicar que no existe un alto número de depresión en el hogar, pero el simple hecho que más del 50% tenga niveles superiores a 6/15 en la prueba de Yesavage y la mayoría de los niveles leves están en rangos de 4 a 5, significa que se está comenzando a dar casos más graves de depresión y si no son tratados a tiempo pueden ir en aumento, produciendo niveles graves que necesiten tratamientos psiquiátricos para contrarrestar es problema.

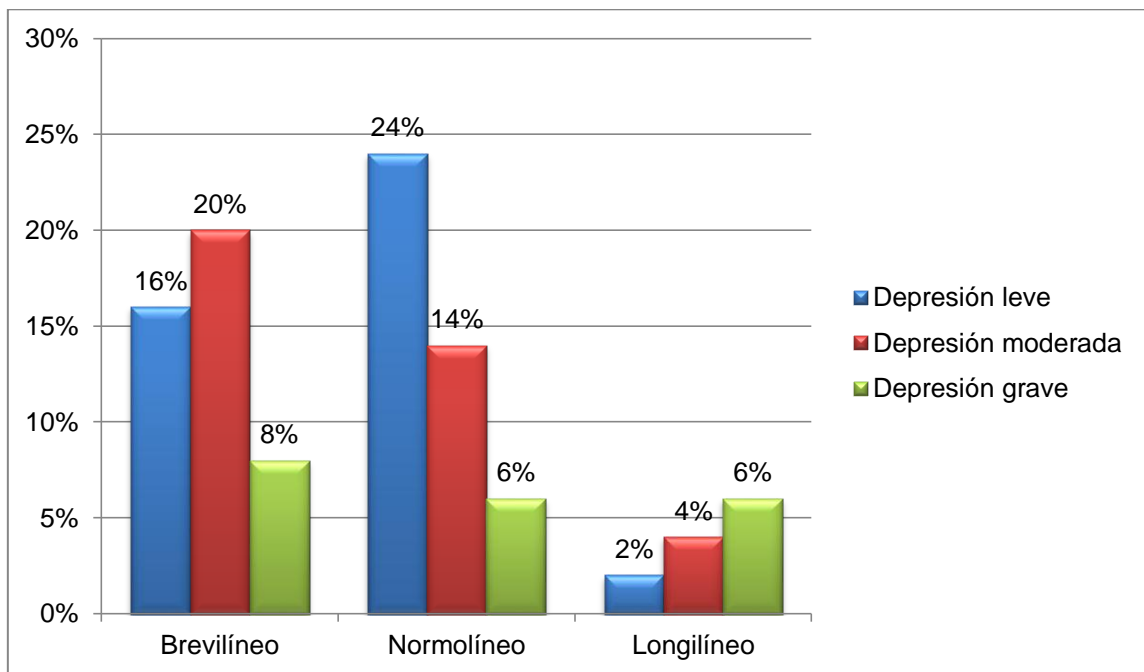
Es así, que aun cuando los niveles no son totalmente alarmantes, el encontrar 1 o 2 casos de depresión grave debe ser signo de preocupación en el establecimiento e inmediatamente tomar la medida adecuada para su posterior tratamiento según sea el caso por el personal que trabaja ahí.

FACTORES BIOLÓGICOS

En el Ecuador una persona es considerada en el grupo del adulto mayor cuando ha cumplido los 65 años de edad, a través de esta investigación se estableció varios de los cambios físicos que se producen por la edad, siendo estos uno de los factores que desencadenan la depresión al no ser tratados adecuadamente.

Desde los nuevos valores en la presión arterial a un normal de 140/90 a los cambios en la piel y su aspecto externo, el adulto mayor presenta cambios fáciles de reconocer y que son necesarios intervenir.

Gráfico 9 Constitución Física y depresión del Adulto Mayor de Catalina Laboure, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

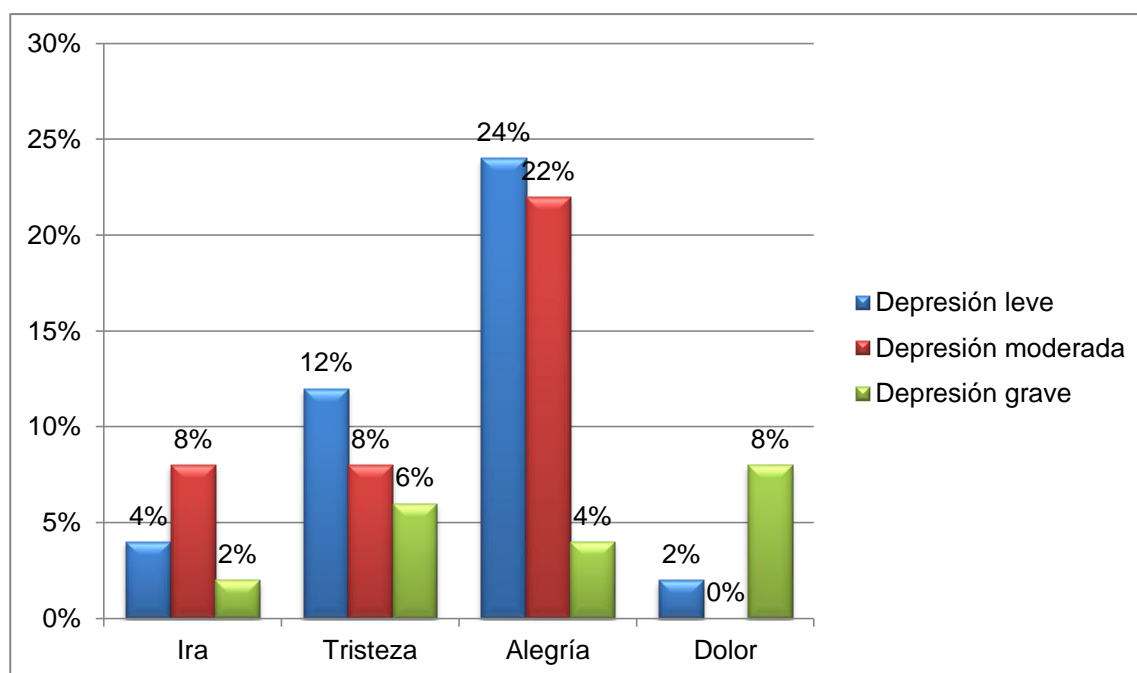
El término brevilíneo se define como el tipo de constitución que se caracteriza por ser más corto y más ancho que el tipo normal, buena musculatura y extremidades cortas.

Longilíneos son aquellos más altos, delgados, de cuello y tórax alargados de musculatura pobre y extremidades largas y los Normolíneos son aquellos con constitución física armónica en todos los sentidos.

El adulto mayor presenta una serie de cambios a nivel anatómicos que pueden producir deformidades en su postura y constitución física, con la atrofia muscular y la disminución de la talla se presenta casos elevados de personas con constitución brevilíneo en un 44%, siendo la misma que aquellos con una constitución igual en todos los sentidos, mientras son muy pocos que se encuentran con constituciones largas, delgados y erectos en un 12%, aun cuando el brevilíneo y longilíneo no se encuentre en la forma que normalmente se observa al resto de la población, no constituye un factor de riesgo para la persona ya que son cambios fisiológicos que se producen por la edad.

Aun así estos cambios físicos notorios produce diferentes niveles de depresión por la nueva postura que se observa en el adulto y que en muchos casos, disminuye su confianza en sí mismo, especialmente para aquellas personas que estuvieron toda su vida consientes de un solo tipo de belleza y que no pueden acostumbrarse a estos nuevos cambios que todos los demás observan sobre su cuerpo y les hacen sentir con gran inferioridad.

Gráfico 10 Facie de los Adultos mayores Catalina Laboure y los niveles de depresión Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

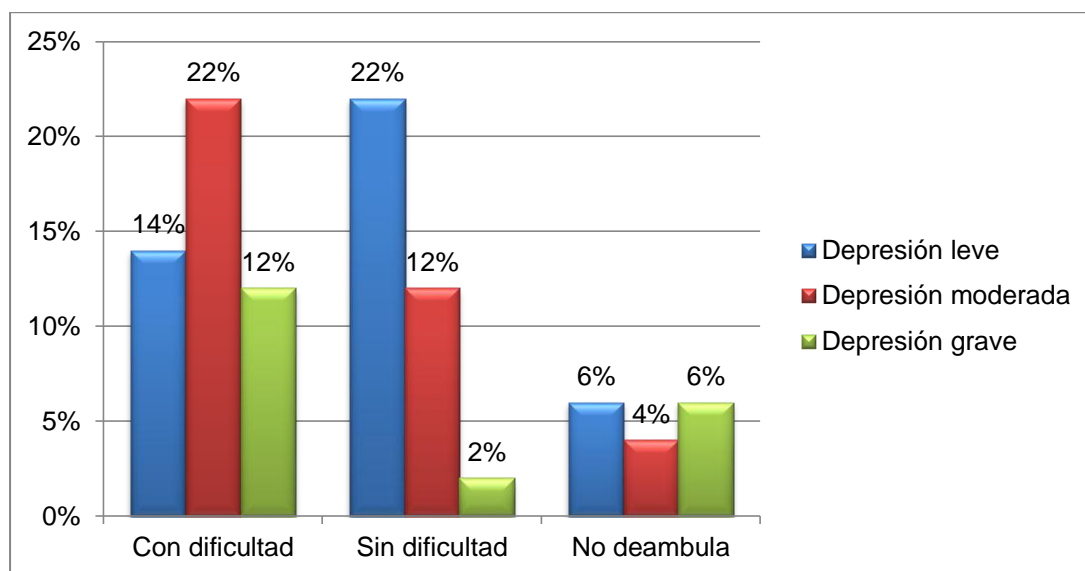
Elaborado por: Monica Almeida.

La expresión facial o también llamada facie, según el doctor Fernando Gordillo y la doctora Lilia Maesta psicólogos de la universidad Camilo José Cela de España permite la comunicación, adecuación y regulación de las emociones dentro del contexto social. El rostro, por ser en muchas ocasiones el reflejo de nuestras emociones, también lo es en cierto grado de nuestra conducta y cognición. En este sentido, la capacidad de discriminar las emociones a través de la expresión facial favorece la seguridad y eficacia de diferentes profesionales, como las fuerzas de seguridad.

Expresa principalmente los sentimientos como alegría, tristeza, ira, ansiedad y dolor, en el gráfico podemos observar que la mayoría de los adultos mayores expresan sentimientos de alegría en un 50%, que puede ser una guía para la depresión en este grupo, aun así también puede ser una "mascara" que no demuestre sus verdaderos sentimientos o su situación actual, por el hecho de ser entrevistado por una persona extraña y por lo tanto, no puede ser tomado como un factor determinante para el trabajo.

Aun cuando la persona exprese alegría en su rostro, en su interior puede haber signos de depresión tanto leve como moderada por sus cambios encontrados en su valoración, es así que no hay que fiarse en la apariencia de la persona para creer que se encuentra en perfecto estado y pensar que no tiene depresión, por lo cual se demuestra que en todos los pacientes hay que pensar que son propensos a la depresión aun cuando no lo demuestre su rostro.

Gráfico 11 Tipos de deambulaci3n y depresi3n de los Adultos Mayores Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

El adulto mayor comienza a vivir una serie de degeneraciones en sus sistemas y aparatos y el sistema osteomioarticular no es la excepci3n de ese cambio. Las articulaciones comienzan a perder el l3quido sinovial, los cart3lagos comienza una serie de degeneraciones y el roce directo de los huesos producen problemas al caminar y dolor a los diferentes movimientos articulares, eso en conjunto con enfermedades como insuficiencia card3aca y osteoporosis hace que el andar se vea dificultado al punto de que muchos de ellos prefieren mantenerse sentados en una silla a seguir caminando, son muy pocos los que logran caminar sin ning3n tipo de dificultad y su 3nico cambio es la velocidad con la que ahora se movilizan, disminuyendo a diferencia de a3os anteriores.

El 48% de los adultos mayores tratan de deambular con ayuda de andadores o de bastones, pero aseguran que muchas veces los dolores son muy fuertes por lo que la mayor3a de las veces se les encuentran sentadas bajo el sol para evitar el frio y que el dolor aumente.

Mientras tanto el 16% de los adultos mayores se mantienen en sillas de rueda por lo que ya no deambulan y necesariamente necesitan a alguien que les lleve a cualquier parte que deseen, estos pacientes a m3s de tener los problemas de movilizaci3n tambi3n presentan 3lceras de presi3n que no son tratadas de una manera adecuada debilitando m3s su estado de salud y su estado an3mico por el dolor de sus curaciones.

El tener que pedir ayuda para movilizarse o el cambio en su aspecto físico con el uso de andadores o bastones, hará que el adulto mayor se siente impotente al estar en un ambiente abierto y aunque no exista un gran número de barreras entre su lugar de residencia, los niveles de depresión siguen siendo altos por su sentimiento de inutilidad y carga para los demás, cuando toda su vida fueron personas que trabajaron duro y siguieron adelante sin ayuda de nadie.

Tabla 5 Valoración física, Piel, Tejido celular subcutáneo y circulación colateral del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

PIEL		DEPRESIÓN			T.SUBCUTÁNEO		DEPRESIÓN			CIRCULACIÓN COLATERAL		DEPRESION		
		Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave
Tersa	74%	32%	28%	14%	Mucosas					Cianótico	6%	0%	4%	2%
					Secas	28%	8%	14%	6%					
Escamosa	8%	4%	2%	0%	Húmeda	58%	14%	22%	12%	Acianótico	94%	44%	32%	18%
Con heridas	2%	0%	0%	2%	Conjuntiva									
					Rosada	58%	14%	22%	10%					
Seca	16%	6%	6%	4%	Pálidas	16%	2%	6%	8%					

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

Tabla 6 Valoración física: Ojos, Oídos, Olfato, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

OJOS		DEPRESIÓN			OIDOS		DEPRESIÓN			OLFATO		DEPRESIÓN		
		Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave
Catarata	32%	12%	14%	6%	Hipoacusia parcial	12%	2%	6%	4%	Permeable	84%	64%	10%	10%
Arco senil	28%	16%	8%	4%	Hipoacusia total	6%	4%		2%	Semipermeable	16%	10%	4%	2%
Estrabismo	4%	0%	4%	0%										
Ptosis palpebral	4%	2%	2%	0%										
Sin problema aparente	32%				Sin problema aparente	82%								

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

Tabla 7 Valoración física: Cuello, Sistema Respiratorio, Sistema Cardiovascular del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

CUELLO		DEPRESIÓN			SISTEMA RESPIRATORIO		DEPRESIÓN			SISTEMA CARDIOVASCULAR		DEPRESIÓN		
		Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave
Ganglios infartados	6%	2%	4%	0%	Taquipnea	12%	4%	0%	8%	Soplos	4%	0%	4%	0%
Tiroides palpable	2%	2%	0%	0%	Bradipnea	8%	2%	4%	2%	Varices	30%	16%	10%	4%
					Ruidos anormales	0%				Edema	6%	4%		2%
Sin problema aparente	92%				Sin problema aparente	80%				Sin problema aparente	60%			

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

Tabla 8 Valoración física: Sistema Digestivo, Sistema Osteomioarticular, Sistema Genitourinario del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

SISTEMA DIGESTIVO		DEPRESIÓN			SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR		DEPRESIÓN		
		Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave
Abdomen abombado	10%	4%	4%	2%	Artrosis	12%	8%	4%	0%
Dolor a la palpación	16%	10%	4%	2%	Artritis	30%	10%	12%	8%
Estreñimiento	2%	2%	0%	0%	Cifosis	20%	8%	8%	4%
Incontinencia Fecal	0%	0%	0%	0%	Esclerosis	14%	4%	4%	6%
Hepatomegalia o tumores	4%	0%	4%	0%	Osteoporosis	10%	6%	2%	2%
Sin problema aparente	68%				Sin problema aparente	14%			

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

Tabla 9 Valoración física: Sistema nervioso del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

SISTEMA GENITOURINARIO		DEPRESIÓN			SISTEMA NERVIOSO		DEPRESIÓN		
		Leve	Moderada	Grave			Leve	Moderada	Grave
Incontinencia Urinaria	4%	0%	2%	2%	Alzheimer	6%	0%	2%	4%
					Demencia senil	4%	0%	2%	2%
					Parkinson	8%	2%	2%	4%
					Pares craneales alterados	4%	0%	4%	0%
Sin problema aparente	96%				Sin problema aparente	78%			

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 201

Elaborado por: Monica Almeida

Luego de la valoración física realizada a cada uno de los adultos mayores por parte del grupo de entrevistadores realizada en la semana de intervención, se estableció que la patología más relevante que se encuentra son los problemas cardiovasculares, visuales y problemas osteomioarticular a través de las várices, de la catarata, artritis y cifosis

Las varices son venas dilatadas que se inflaman y se elevan a la superficie de la piel que afectan comúnmente a las mujeres ya que el uso del tacón es un factor de riesgo para su aparición. Las cataratas son opacidades en el cristalino que pueden afectar a uno o a ambos ojos, se desarrollan de manera lenta y sin dolor. La visión en el ojo u ojos afectados empeora también de manera lenta, especialmente a aquellos que sobrepasan los 60 años de edad y por lo tanto servir como medio para sentirse solos; la artritis se trata de la inflamación de una o más articulaciones, esto involucra la degradación del cartílago, sin la cantidad usual de cartílago, los huesos se rozan, causando dolor, inflamación y rigidez mientras que la cifosis es la curvatura de la columna que produce un arqueamiento o redondeo de la espalda, llevando a que se presente una postura jorobada o agachada.

Por tanto estos factores, que se encuentran con mayor frecuencia en estos pacientes son la causa en la mayoría de ellos de la presencia de depresión en cualquier tipo de nivel por el dolor o la molestia que presentan, tomando en cuenta que catarata, varices y artritis se encuentran en un 30% cada uno y la cifosis en un 20% y que por estos factores biológicos, los residentes prefieren la soledad y la falta de actividad física con el resto de adultos mayores para evitar que aumente el dolor.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Los cambios de humor, capacidad para concentrarse, inteligencia y memoria a corto, media y largo plazo, son factores psicológicos que se toman en cuenta cuando se trata de una valoración del adulto mayor, al ser cambios importantes en la edad, aun cuando se encuentre en cuidados paliativos, o sufriendo dolores intensos, mientras tenga conciencia de sí mismo y pueda responder de alguna forma a la valoración del cuidador, se debe realizar el examen, sin olvidarse la importancia que tiene la parte psicológica para cualquier tipo de paciente, especialmente a los grupos de riesgo como los niños, adolescentes y los adultos mayores, que viven cambios importantes en su vida, su cuerpo y su medio ambiente y su entorno social.

Para este estudio, se utilizó como puntos importantes la memoria a corto, mediano y largo plazo, así como la concentración, atención y capacidad para seguir instrucciones en la valoración

Tabla 10 Valoración psicológica: Orientación, Memoria a corto y largo plazo del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

ORIENTACION		DEPRESIÓN			MEMORIA A CORTO PLAZO	DEPRESIÓN			MEMORIA A LARGO PLAZO	DEPRESIÓN				
		Leve	Moderada	Grave		Leve	Moderada	Grave		Leve	Moderada	Grave		
Si	90%	42%	34%	14%	Si	88%	38%	34%	16%	Si	86%	38%	32%	16%
No	10%	0%	4%	6%	No	12%	4%	4%	4%	No	14%	4%	6%	4%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

Tabla 11 Valoración psicológica: Capacidad para seguir instrucciones, atención concentración y comprensión del adulto mayor institucionalizado, Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero-Agosto 2013

CAPACIDAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES		DEPRESIÓN			ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN, COMPRENSIÓN	DEPRESIÓN			
		Leve	Moderada	Grave		Leve	Moderada	Grave	
Si	80%	40%	24%	16%	Si	80%	36%	26%	18%
No	20%	2%	14%	4%	No	20%	6%	12%	2%

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

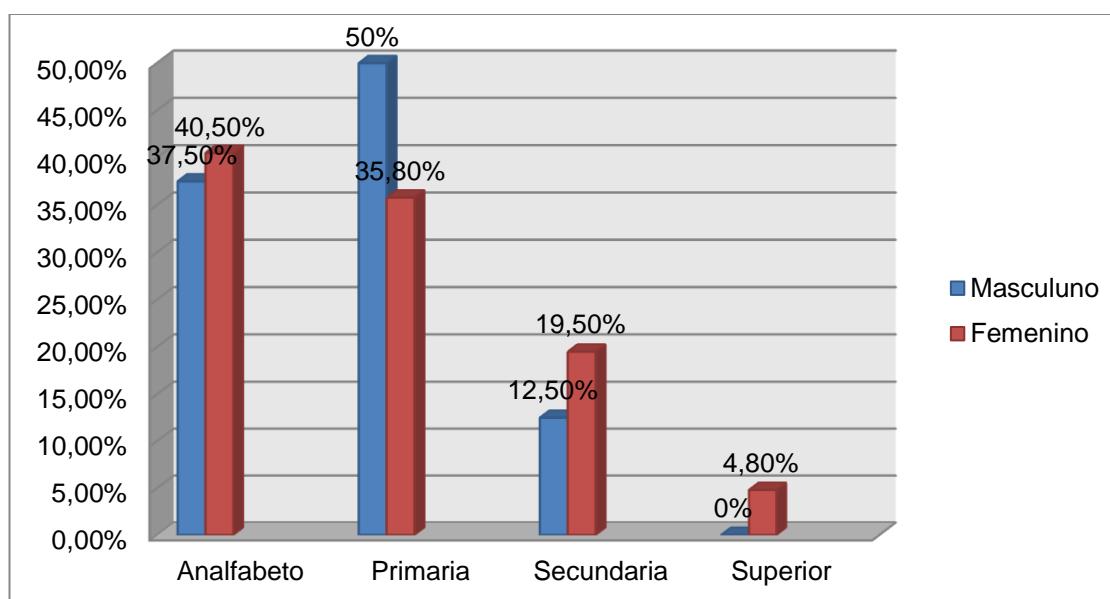
En el grupo evaluado, aunque la mayoría mantiene su estado en un porcentaje superior al 80%, existen algunos que manifiestan cambios, ya sean por enfermedad como Alzheimer que cambia la orientación del tiempo, lugar y persona en un 10%, así como la memoria a corto y mediano plazo en un 12%, manteniendo la memoria a largo plazo especialmente los recuerdos remotos de la niñez por los cambios en la serotonina, estos cambios producen una ansiedad en la paciente y gran desesperación por sentirse fuera del entorno que le rodea, sienten la falta de alguien a su alrededor que era importante o viven en un mundo que ya vivieron con anterioridad como fue su vida de joven, con su familia, sus amigos y en especial para aquellos que tuvieron hijos, con ellos cuando eran apenas niños, los recuerdan como si hubiera sido ayer y se deprimen, se desesperan por no tenerlos a su lado, aunque cuando la realidad es diferente y hay que aprender a cuidarlos y llevarlos de una manera correcta entre su realidad y la del entorno.

FACTORES SOCIALES

Dentro de los factores que afectan a la depresión, también se encuentran los sociales, estos tienen igual o, como muchos afirman, mayor importancia que los factores físicos, entre ellos están:

- Aislamiento.
- Instrucción educativa.
- Estado civil, etc.

Gráfico 12 Instrucción educativa y sexo de los Adultos Mayores del Hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



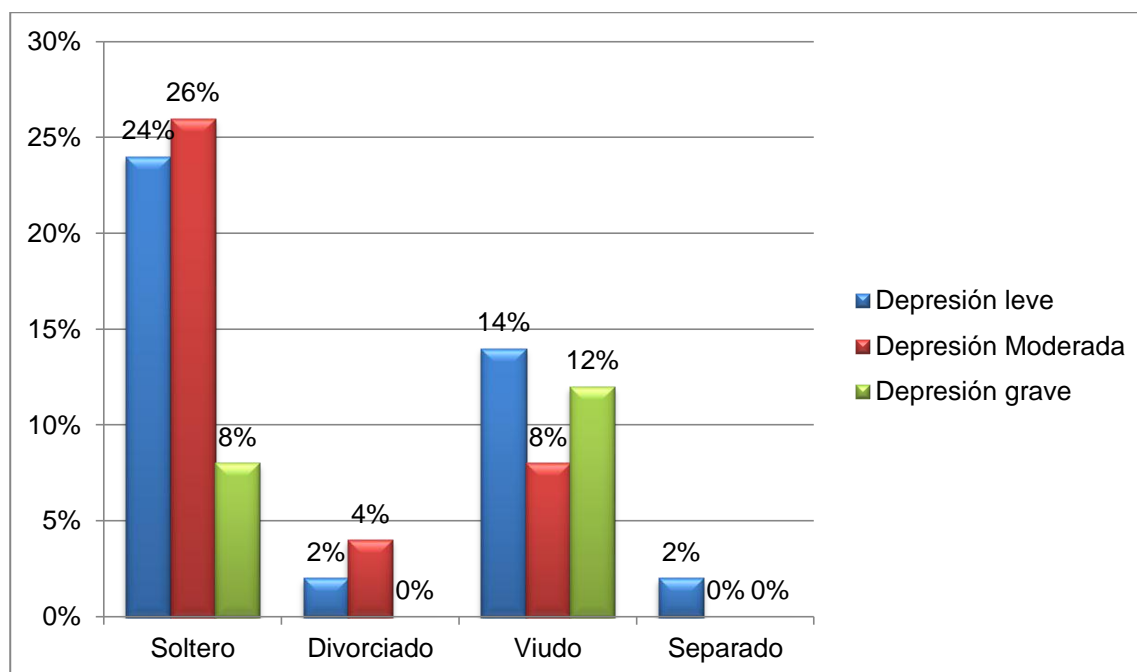
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

En décadas anteriores se creía que era el hombre el único capacitado en prepararse educativamente, mientras que las mujeres debían ser instruidas en otros oficios, pero si observamos los resultados, la mayor parte de nivel educativo lo tienen los hombres con un 50%, pero son las mujeres que tienen estudios de nivel superior, aunque con un porcentaje bajo, pero demuestra que es posible cambiar las creencias antiguas y ser parte de una realidad actual, donde la educación superior es muy importante para un futuro prometedor para la familia y para uno mismo.

Aun así se puede también observar un porcentaje alto de analfabetismo tanto en hombres como en mujeres, muchos de las causas se debe a la necesidad de trabajar desde pequeños para ayudar a sus padres con los gastos del hogar y las necesidades de sus hermanos o hermanas menores por quienes lucharon para convertirlos en alguien mejor y que no tengan que trabajar como ellos lo hicieron desde muy temprana edad.

Gráfico 13 Estado Civil y depresión de los Adultos Mayores del hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

En los datos estadísticos del Ecuador, el estado civil es tomado en cuenta desde los 18 años en adelante para ser tomado parte del estado civil del Registro Civil ecuatoriano, la mayor parte de los habitantes, en la actualidad se mantienen solteros, por la importancia que le brindan a ser profesionales y realizar sus sueños antes de formar una familia, y aunque hayan cumplido todo lo deseado, muchos prefieren la unión libre a realizar una unión formal con el casamiento que muchas de estas parejas afirman que la unión marital disminuye el amor entre las personas y lleva al divorcio terminando con cualquier vínculo existente.

Entre lo encontrado en las personas que viven en la residencia, el 58% están solteros, sintiéndose un vacío por la falta de una pareja que haya pasado tiempo valioso con ellos, y un 34% ya han perdido a su pareja al paso de los años, pero cuando se habla de ellos demuestran un vacío y tristeza por la falta de aquella persona que fue muy importante para ellos y quisieran encontrarse lo más pronto posible con ellos.

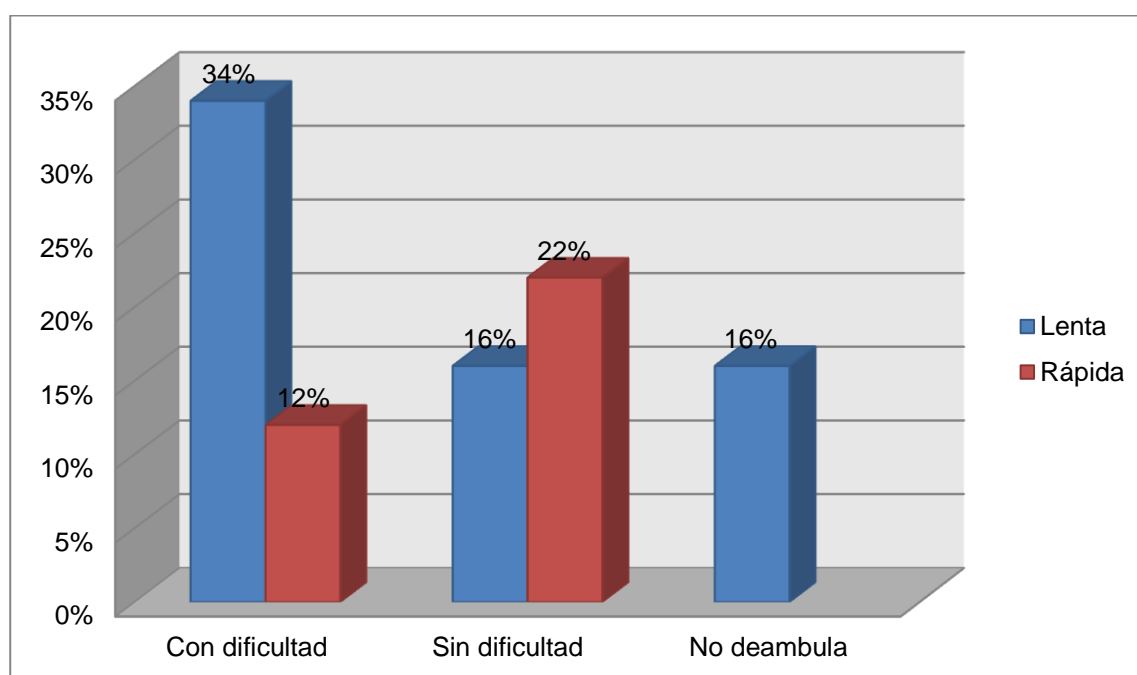
Las personas que se han divorciado o separado, manifiestan que se sienten mucho mejor estar solos que con alguien a quien no aman o que han tenido problemas y cuando se le pregunta si alguna vez quisiera volver a estar con alguien, dicen que es preferible mantenerse libres, demostrando que han perdido el deseo de amar luego de sus malas experiencias por varios años y aunque se hayan separado muy jóvenes, nunca olvidaron sus malas experiencias.

Al sentirse solo, luego de pasar una vida sin una pareja y especialmente luego de la jubilación cuando dejan de sentirse útiles para su familia o la sociedad que le rodea, comienzan a establecerse niveles altos de depresión por no tener quien le acompañe en sus años de vida, aunque esta depresión sea entre leve o moderada, los niveles son altos por la soledad que sienten a la falta de una persona que los haga acompañado siempre, es así que los adultos mayores con más alto nivel de depresión, son aquellos solteros o viudos que han perdido a su pareja o que nunca la encontraron

FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales, también forman parte de los problemas que pueden llevar a una depresión, esto se trata de barreras arquitectónicas y dificultades para movilizarse dentro o fuera de la institución y por lo tanto los residentes prefieran pasar sentados en su habitación.

Gráfico 14 Comparación entre la marcha y movilidad de los Adultos mayores del hogar Catalina Laboure, Quito, Febrero - Agosto 2013



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores institucionalizados del Hogar de ancianos Catalina Laboure, 2013

Elaborado por: Monica Almeida.

El adulto mayor presenta cambios osteomioarticulares que producen que su orientación, capacidad de movilizarse y habilidades al caminar se realicen de manera diferente a una persona joven, normalmente aparecen los temblores seniles que les evitan la movilización adecuada, equilibrada y rápida.

Si comparamos la dificultad de movilizarse y la velocidad con que lo realiza, la encuesta establecida para este trabajo afirman la teoría antes mencionada. Los adultos mayores que presentan dificultad tienden a movilizarse de manera más lenta que la

mayoría de los adultos mayores, mientras que un 12% que se moviliza con dificultad, pero con ayuda de andadores o bastones, tratan de moverse con mayor rapidez y agilidad que los demás.

Mientras que los adultos mayores que se movilizan sin dificultad, el 16% lo realizan de forma lenta y afirman que aunque se demoran más en realizar sus actividades, no desean el uso de ningún tipo de ayuda ya que se sentirían con una autoestima disminuida y sintiéndose como una carga para los demás.

Es solo un 22% de todos los adultos mayores encuestados en la institución que siguen caminando sin dificultades y de forma rápida y tratan de siempre mantenerse activos caminando por la institución o inclusive ayudando en actividades de sus cuidadores o a sus propios compañeros que necesitan compañía y apoyo para su movilización.

CONCLUSIONES

- **CARACTERISTICAS DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO:** La institución en la cual se realizó este estudio fue el Hogar Santa Catalina Laboure de la ciudad de Quito, institución ubicada en el centro de la ciudad de Quito, encargada del cuidado integral de los adultos mayores desde los 65 años en adelante. En la actualidad cuenta con 61 adultos mayores, dividido en 11 hombres y 50 mujeres, para la investigación se tomó al 82% de la población total, es decir a 50 residentes, 8 hombres y 42 mujeres.
- **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN:** De los 50 residentes tomados en cuenta para la investigación, 42% presento niveles leves de depresión, el 38% depresión moderada y solo el 20% niveles graves de depresión, estos datos nos pueden indicar que no existe un alto número de depresión en el hogar, pero el simple hecho que más del 50% tenga niveles superiores a 6/15 en la prueba de Yesavage y la mayoría de los niveles leves están en rangos de 4 a 5, significa que se está comenzando a dar casos más graves de depresión y si no son tratados a tiempo pueden ir en aumento, produciendo niveles graves que necesiten tratamientos psiquiátricos para contrarrestar es problema.
- **FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN:** Luego de la valoración física realizada a cada uno de los adultos mayores por parte del grupo de entrevistadores realizada en la semana de intervención, se estableció que la patología más relevante que se encuentra son los problemas cardiovasculares, visuales y problemas osteomioarticulares, a través de la aparición de porcentajes altos en factores como várices catarata, artritis en un 30% cada uno y la cifosis en un 20%, recordando que los cambios físicos que más afectan a este grupo de edad están en el sistema circulatorio, osteomioarticular y en los órganos de los sentidos.
- En el grupo evaluado, aunque la mayoría mantiene su estado en un porcentaje superior al 80%, existen algunos que manifiestan cambios, ya sean por enfermedad como Alzheimer que cambia la orientación del tiempo, lugar y persona en un 10%, así como la memoria a corto y mediano plazo en un 12%, manteniendo la memoria a largo plazo especialmente los recuerdos remotos de la niñez por los cambios en la serotonina, estos cambios producen un ansiedad en la

paciente y gran desesperación por sentirse fuera del entorno que le rodea, sienten la falta de alguien a su alrededor que era importante o viven en un mundo que ya vivieron con anterioridad como fue su vida de joven, con su familia, sus amigos y en especial para aquellos que tuvieron hijos, con ellos cuando eran apenas niños, los recuerdan como si hubiera sido ayer y se deprimen, se desesperan por no tenerlos su lado, aunque cuando la realidad es diferente.

- Entre lo encontrado en las personas que viven en la residencia, el 58% están solteros, sintiéndose un vacío por la falta de una pareja que haya pasado tiempo valioso con ellos, y un 34% ya han perdido a su pareja al paso de los años, pero cuando se habla de ellos demuestran un vacío y tristeza por la falta de aquella persona que fue muy importante para ellos y quisieran encontrarse lo más pronto posible con ellos. Las personas que se han divorciado o separado, manifiestan que se sienten mucho mejor estar solos que con alguien a quien no aman o que han tenido problemas y cuando se le pregunta si alguna vez quisiera volver a estar con alguien, dicen que es preferible mantenerse libres, demostrando que han perdido el deseo de amar luego de sus malas experiencias por varios años y aunque se hayan separado muy jóvenes, nunca olvidaron sus malas experiencias.
- Con esto se logra evidenciar que los factores sociales son los principales causantes de la depresión en el adulto mayor, porque aunque la media de la hipótesis solo fue probada en un 6,9% como un factor importante de depresión en aquellas persona con problemas psicológicos, los factores sociales demuestran una media de 16,65%, mientras que los factores biológicos llega a una media de 8,25%, con lo que se queda descartada la hipótesis que los factores psicológicos son los principales causantes de la depresión en el adulto mayor institucionalizado, siendo superado incluso por los factores biológicos pero son, a través de los resultados de la misma investigación, los factores sociales como la principal causa.

RECOMENDACIONES

- Al finalizar este trabajo investigativo es menester plantear soluciones estructurales para prevenir la depresión en el adulto mayor desde lo macro, para concluir con lo micro, por ello se presentan las siguientes propuestas:
- La primera responsabilidad de la solución de estos problemas recae en el Estado y los entes gubernamentales comprometidos con el “buen vivir” del adulto mayor; el derecho a la salud está garantizado en la Constitución, por ende, estos entes deberían promover el diseño, la ejecución, el seguimiento y control de planes, programas y proyectos para el desarrollo integral de este grupo social cuyo crecimiento aumenta.
- Cada institución no gubernamental y gubernamental encargada del cuidado y atención del adulto mayor deberá comprometerse al cumplimiento fiel de la normativa, mediante la contratación de personal, debidamente capacitado y con una cierta afinidad hacia este grupo social; así como la implementación de procesos, procedimientos y servicios que logren la inserción de los adultos mayores en actividades de acuerdo a su capacidad funcional y sus necesidades.
- En cualquier institución donde se trata a los adultos mayores, tanto de residencia como de cuidado diario, la evaluación y el tratamiento en cuanto a la depresión y sus posibles manifestaciones clínicas debe ser constante hasta determinar que el nivel de depresión ha desaparecido o ha disminuido y plantear nuevos objetivos en búsqueda de la desaparición del problema de depresión existente hasta el momento y así no tener problemas dentro de la institución geriátrica, es importante también dar consejería a los pacientes y los cuidadores, a darse cuenta que la manera negativa de ver las cosas de los adultos mayores es parte de la depresión y saber cómo actuar en cada uno de los casos.
- En el hogar de ancianos “Catalina Laboure” es importante que tanto el personal auxiliar de enfermería, como aquellas enfermeras tituladas y los trabajadores en general de la institución estén siempre pendientes de cualquier manifestación

extraña en el comportamiento, cambios fuera de lo habitual en las actividades que se realiza por parte de los residentes, es importante que escuchen a cada uno de ellos, los valoren diariamente tanto en la parte física, como psicológica y social y por sobre todo la parte emocional, cualquier signo de tristeza o angustia, se debe tomar en cuenta y actuar inmediatamente en el residente y en sus compañeros que serán el apoyo para un trabajo completo.

- Existen algunos puntos básicos que pueden ser tomados en cuenta para el tratamiento de la depresión y se puede aplicar como consejería a los cuidadores y que puede ser trabajado por cada uno de los pacientes y en cualquier momento del día:

1. Aconsejar que fije metas realistas que puedan ser realizadas en su haber diario, nuevas tareas, trabajos manuales como costura, bordado, joyería, limpieza de su propia habitación, cubriéndolo de olores agradables para la persona, tomando en cuenta el nivel de depresión que posea y no asumiendo una cantidad excesiva de responsabilidades que aflijan a la persona.

2. Dividir las metas en partes pequeñas estableciendo prioridades desde lo que se puede hacer con la luz del sol (leer un libro) a lo que se puede realizar en la noche (novena, rosarios, etc.) también se puede realizar una diferente actividad por día o que se la pueda realizar un par de días hasta haber finalizado, sin presionarlo a hacerlo.

3. Recomendar estar acompañado y confiar en alguna persona; siempre es mejor que estar solo y no hablar con nadie, puede ser familiares, cuidadores o compañeros de la propia institución que le ayuden a abrir sus emociones y le den una consejería adecuada para su situación, en muchos de los casos el simple hecho de ser escuchado por alguien, tranquilamente sentados, bajo el sol o en un lugar tranquilo ayuda a que su emoción mejore y no se encierren en sentimientos de tristeza y abandono, sentirse que son parte de un grupo, que son escuchados y son queridos es importante para su recuperación.

4. Ayudar al paciente a encontrar actividades que le hagan sentirse bien como la terapia ocupacional, terapia física, actividades lúdicas, musicales, sociales o religiosas, la formación de grupos de canto, baile o actuación, que permita reunirse semanalmente ayudara a valorarse y que aumente su autoestima por ser capaces de realizar diferentes actividades y que estas sean aplaudidas por los demás.

5. Enseñar al residente que el estado de ánimo no mejora de inmediato, sino gradualmente y que sentirse mejor le llevará un tiempo. Los pacientes rara vez salen de una depresión de un día para el otro, hay que apoyarlos en todo el proceso de mejora del estado de ánimo desde su inicio hasta terminar con el problema de depresión, sea la hora que sea, siempre hay que estar apoyándolo porque en cualquier momento, si siente un poco de vacío, puede haber una recaída y todo el trabajo realizado hasta el momento puede desaparecer.

6. Recordar en cada visita que los patrones positivos de pensamiento como lo bueno de estar vivo, lo hermoso de la naturaleza, la importancia del ejercicio, la amistad, los valores, eventualmente van a reemplazar los pensamientos negativos que son parte de la depresión. Los patrones negativos irán desapareciendo tan pronto la depresión responda al tratamiento.

7. Siempre hay que hablar con los familiares del residente y con todos los cuidadores de la institución y con los amigos para que estos comprendan la situación sentimental que está pasando la persona y así ayuden al paciente en cada fase de la enfermedad, nunca dejarlo solo y no demostrar cansancio de verlo en ese estado, enseñarles la importancia de ser pacientes y que el cariño que demuestran es especialmente importante para que pueda salir adelante.

8. Al reconocer el estado de depresión y asociarlo a los cambios físicos y psicológicos del paciente, se puede establecer los cuidados de enfermería adecuados que pueden ser aplicados por los profesionales de salud para cada uno de los casos, de una forma más específica para realizar un buen tratamiento, individualizado y profesionalizado. (Anexo 2)

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Agüera, L., Cervilla, J., & Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: ELSEVIER.

Álvarez, P. Pazmiño, L. Villalobos, A. y Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Atención integral de Salud de las y los Adultos Mayores*, Quito: Smart Marketing.

Guillén, F., Pérez, M., & Petidier, R. (2008). *Síndromes y Cuidados en el paciente Geriátrico*. Barcelona: ELSEVIER MASSON.

Hyver, C. y Gutiérrez, L. (2009). *Geriatría*, México D.F: El Manual Moderno.

Marín, P. (2007). *Geriatría y Gerontología*. Buenos Aires: Grupo Guía.

Mauk, K. L (2008). *Enfermería Geriátrica*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Revista

Dirección de medicamentos y terapéutica. (2005) *Tratamiento para la depresión*. Costa Rica. 10-12

El Comercio. (2010) *La "guarderías" para el adulto mayor*. Quito, Ecuador

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, (SENPLADES 2008), *Apuntes sobre la evolución demográfica*, Quito, Ecuador

Villacis, B. (2008) *La Población Adulto Mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la Situación Sociodemográfica y Socioeconómica*. 9, 12-23.

Tesis

Almeida, A. (2009) *Prevención de la depresión en el adulto mayor*. Tesis para obtener la licenciatura en enfermería, Quito, Ecuador.

Andrade, C. (2011) *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción*. Cantón Girón, Azuay, Ecuador

Toapanta, P. y Vaca, R. *Factores de Riesgo asociados a la depresión en el Adulto Mayor ambulatorio e institucionalizado en el hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Residencia Catalina Laboure y Hogar de Ancianos Corazón de Jesús*, Quito, Ecuador.

Documento electrónico

Ballesteros, S. (2004). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Recuperado el: 22, Enero, 2013. Disponible en: [https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_2_Proceso_de_envejecimiento_o_normal/Aspectos_psicosocial_envejecimiento.pdf](https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/28300/Tema_2_Proceso_de_envejecimiento_normal/Aspectos_psicosocial_envejecimiento.pdf)

Castanedo, C. García, C. Noriega, M. y Quintanilla, M. (2010). *Consideraciones Generales sobre el Envejecimiento*. Recuperado el: 24, Enero, 2013. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ballesteros-temas-01.pdf>

Gac, H. (2010). *Algunos cambios asociados al envejecimiento*. Recuperado el 30 de Julio de 2013, Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/AlgunosCambios.html>

Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2004). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Recuperado el 30 de Enero de 2013, Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Hall, V. (Diciembre de 2003). *Depresión, Fisiopatología y tratamiento*. Recuperado el 30 de Enero de 2013, Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>

- Herrera, J. & Serrano, M. *Planes de cuidados al paciente con depresión y trastorno bipolar*. Recuperado 10 de Mayo de 2013, Disponible en: [http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/4 -
planes de cuidados al paciente con depresion y trastorno bipolar.pdf](http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/4-_planes_de_cuidados_al_paciente_con_depresion_y_trastorno_bipolar.pdf)
- Marín, P., Guzmán, P., & Araya, A. (2004). *Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?* Recuperado el 29 de Enero de 2013, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700007&script=sci_arttext
- Méndez, M. Muñoz, M. & Sevilla, L. (2007). *Enfermería ante la depresión*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, Disponible en: http://sescam.iccm.es/web1/qaptalavera/prof_enfermeria/boletines/boletin_enfermeria3-2006.pdf
- Nance, D. (2005). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 29 de Enero de 2013, Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Pacientes con depresión en Quito. (2012). Recuperado el 23 de Enero de 2013, Disponible en: http://www.elcomercio.com/sociedad/pacientes-depresion-Quito-promedio-Latinoamerica_0_715728484.htm
- Ramos, P., Larios, O., Martínez, S., López, M., & Pinto, J. A. (2002). *Prevención y Promoción de la en el anciano institucionalizado*. Recuperado el 31 de Enero de 2013, Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ramos-prevencion-01.pdf>

ANEXO 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
Depresión en el adulto mayor	La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado	Niveles de depresión	Existen 3 tipos diferentes de niveles de depresión. Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Escala de depresión de Yesavage: Normal de 0 a 5 Leve de 5 a 9 Grave mayor de 10	Ordinal
Factores de riesgo asociados a la depresión del	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o	Factores Biológicos	Factores asociados a los cambios a nivel funcional del cuerpo	Pluripatología Genética Comorbilidad	Nominal

adulto mayor	exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso los factores de riesgo pueden aumentar un estado depresivo y llevarlo a la muerte		humano		
		Factores Psicológicos	Factores emocionales, cognoscitivos y del estado del ánimo que alteran a la persona	Orientación Atención Capacidad de seguir instrucciones Memoria a corto, mediano y largo plazo.	Nominal
		Factores sociales	Denomina al rol que cumple la comunidad para el estado de ánimo y prevención de la depresión del adulto mayor	Aislamiento. Escasa posibilidad educativa. Estado civil	Nominal

		Factores Ambientales	Influencia que tiene todos los medios externos sobre la persona.	Estructura vertical de las viviendas en la institución, ciudad y barreras arquitectónicas	Nominal
--	--	----------------------	--	---	---------

ANEXO 2: Diagnósticos de enfermería asociados a la depresión

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	ACTIVIDADES (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)
<p>1. Intolerancia a la actividad r/c aporte nutricional insuficiente/fatiga/ inhibición psicomotriz</p>	<p>El paciente recuperara el nivel previo de actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar con el paciente/familia a un plan de recuperación progresiva de la actividad habitúa. comenzando por las actividades de preferencias con criterio realista en función de la relación aporte- consumó de energía: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paseo diario. ✓ Actividades de aseo y arreglo personal. ✓ Colaboración en actividades domésticas. ✓ Actividades de ocio e egidas. • Marcar tiempos para la expresión de sentimientos negativos e impotencia, reduciéndolos progresivamente. • Alentar expresiones de logro en la recuperaron de la actividad.
<p>2. Déficit de actividades recreativas, r/c apatía, anhedonía o falta de motivación</p>	<p>El paciente expresará actividades de ocio y participara progresivamente en algunas de las seleccionadas reconociendo sentimientos positivos en su realización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar actividades de descanso de preferencias que sean viables, en cuanto a nivel de energía y posibilidades de realización. • Se seleccionaran actividades de corta duración y variadas al principio y que produzcan resultados positivos a corto plazo. • Proporcionar elementos de terapia: TV. libros de fácil lectura. etc. • Enseñar localización de recursos de ocio y formas de acceso. • Orientar sobre técnicas en

		<p>habilidades sociales para establecer relaciones positivas con reuniones, fiestas de cumpleaños o fiestas nacionales.</p>
<p>3. Alteración de la nutrición por defecto, r/c inhibición psicomotriz fatiga / pasividad</p>	<p>El paciente recuperará los niveles ponderales previos a la aparición de trastorno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar el peso ideal a conseguir. • Marcar tiempos de progresión. • Establecer dieta de preferencia, que se atenga a criterios de equilibrio nutricional • Establecer periodicidad de control de peso. • Valorar niveles de actividad en relación con la dieta. • Reforzar aumento de peso dentro de los límites. • Reforzar autoimagen en la mejora del peso • Instruir sobre necesidades energéticas para realizar actividades. • Instruir sobre nutrición, características del trastorno en relación con la nutrición • Instruir sobre elaboración de dietas.
<p>4. Aislamiento social, r/c autoconcepto negativo y/o percepción pesimista del entorno</p>	<p>El paciente recuperará confianza en sus posibilidades de relación y percibirá adecuadamente las interacciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar programa de recuperación de relaciones, que incluirá: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Personas de mayor afinidad. ✓ Formas o temas de interés común. ✓ Técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción. ✓ Limitar la temática de corte negativo. • Favorecer en la interacción la expresión adecuada al trastorno, para permitir la ayuda de otros.

		<ul style="list-style-type: none"> • Estimular y acompañar en las primeras interacciones. • Proporcionar apoyo en las carencias.
5. Atontamiento individual inefectivo, r/c vulnerabilidad	El paciente recuperará la capacidad para adaptarse a los eventos de su vida y para enfrentarse a los síntomas que disminuyen su capacidad adaptativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar conjuntamente la influencia de los síntomas depresivos en la interpretación de la realidad y en la toma de decisiones. • Identificar estrategias previas de atontamiento. • Establecer objetivos realistas.
6. Riesgo de violencia: autolesiones, r/c desesperanza / ideas autolíticas.	El paciente no se hará daño a sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la capacidad de expresar sentimiento y emociones. • Ofertar disponibilidad continua • Ayudar e identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos. • Promover interacciones con connotación positiva. • En situaciones de alto riesgo, y con antecedentes previos de intentos autolíticos, controlar elementos y objetos de riesgo para autolesiones: fármacos, objetos punzantes, seguridad en ventanas, etc. • Control de estímulos ambientales.
7. Ansiedad r/c pensamiento de daño, enfermedad	El paciente verbalizará mayor control de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan la ansiedad. • Proporcionar ayuda para la relajación. • Favorecer el control de pensamientos inquietantes.

		<ul style="list-style-type: none"> • Relación de ayuda en la reorientación del discurso interno. • Control de estímulos ambientales. • Favorecer la disposición de espacios para el aislamiento.
8. Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c sentimiento de inferioridad	El paciente realizará por sí mismo el aseo	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en la organización de los elementos necesarios para la realización de la actividad. • Ayuda en la realización de la actividad, según niveles de dependencia.
9. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c pasividad/falta de motivación	El paciente realizará por sí mismo las actividades de vestirse y arreglarse	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en la organización de los elementos necesarios para la realización de la actividad. • Ayuda en la realización de la actividad, según niveles de dependencia.
10. Impotencia r/c sentimiento de inutilidad.	El paciente manifestará la utilidad de su participación constructiva en su proceso de recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar aquellos aspectos de su vida sobre los que puede influir para mejorar su situación. • Ayudar a reconocer el efecto que tienen sobre su realidad las intervenciones pautadas en otras áreas de cuidado. • Evaluar conjuntamente el desarrollo del plan, destacando logros de cualquier nivel.
11. Trastornos de la autoestima r/c sentimientos	El paciente expresará sentimientos positivos hacia sí	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de ayuda, que enfoque la intervención hacia la reorientación del discurso sobre sí mismo, dando tiempos ilimitados a los aspectos negativos y resaltar los elementos realistas positivos.

de minusvalía/ inferioridad	mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda en el arreglo. • Trabajar la imagen propia delante del espejo. • Excluir valoraciones sobre la imagen en los momentos inadecuados (antes de arreglarse, tras levantarse, etc.)
12. Insomnio r/c inquietud, pensamientos inquietantes o inversión de ritmo.	El paciente dormirá un mínimo de ocho horas nocturnas y/o verbalizará buena calidad del sueño nocturno	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer programas de actividades diarias que reduzca los periodos de inactividad, determinando hora de acostarse y de levantarse. • Pautar alternativas de descanso distintas al sueño o siesta: relajación, ver TV, pasear, etc. • Realización de actividades naturales de inducción al sueño: baño caliente, vaso de leche, tilas, esperar al menos una hora desde la cena, relajarse antes de acostarse, etc. • Valorar respuesta a hipnóticos prescritos. • Seleccionar habitación para dormitorio adecuada: libre de ruidos nocturnos, con adecuado control de la luz exterior. • Adecuar los elementos físicos implicado: cama, sábanas, ropo de dormir, etc. • Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas.

ANEXO 3: Encuesta realizada al adulto mayor

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

RESIDENCIA “CATALINA LABOURE”

Nombre del residente:
Edad: **Lugar de nacimiento:**.....
Fecha de nacimiento:
Instrucción educativa:.....
Estado civil:
Familiar responsable:
Cuidador responsable:
Nombre del entrevistador:

ESTADO DE SALUD

Tensión arterial
Temperatura
Peso y Talla

VALORACIÓN FÍSICA

CONSTITUCIÓN

Brevilineo Normo líneas Longilíneos:

DEAMBULACIÓN

Sin dificultad. Con dificultad. No deambula.

DECÚBITO

Decúbito supino. Decubito ventral Decúbito lateral.

MARCHA

Lenta

Rápida

FASCIE

Ira

Dolor

Tristeza

Alegría

FANERAS

Pelo

Corto

Largo

Limpio

Sucio

Uñas

Cortas

Largas

Limpias

Sucias

Piel

Tersa

Escamosa

Seca

Heridas

CIRCULACIÓN COLATERAL

Cianótico

Acianótico

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

Mucosas

Secas

Húmedas

Escleras

Rosadas

Pálidas

CABEZA

Ojos:

Catarata

Arco senil

Estrabismo

Ptoxis palpebral

Nariz

Permeable

Semipermeable

Oídos

Hipoacusia parcial

Hipoacusia total

CUELLO

Ganglios infartados

Tiroides palpable

SISTEMA RESPIRATORIO

Taquipnea

Bradipnea

Ruidos anormales

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Varices

Soplos

Edema

SISTEMA DIGESTIVO

Abdomen abombado

Dolor

Estreñimiento

Incontinencia fecal

Hepatomegalia o tumores

SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR

Artrosis

Artritis

Cifosis

Esclerosis

Osteoporosis

SISTEMA GENITOURINARIO

Incontinencia Urinaria

SISTEMA NERVIOSO

Alzheimer

Parkinson

Demencia Senil

Pares craneales alterados

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Orientación temporal y espacial

SI

NO

Memoria a corto plazo

SI NO

Atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia.

SI NO

Capacidad de seguir instrucciones.

SI NO

Memoria a largo plazo

SI NO

Capacidad viso constructiva

SI NO

ANEXO 4: Escala de depresión de Yesavage

ITEMS	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra aburrido (a)?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa que salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente es mejor que usted?	1	0

Puntuación total:

Interpretación:.....

Observaciones:

.....

