

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

**AUTOR:**

**Veloz León, Cinthia Azucena**

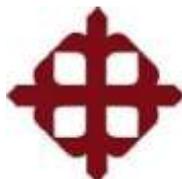
**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DIRECTORA:**

**Úrgiles Carrión, Brenda Yesqueny**

**GUAYAQUIL — ECUADOR**

**2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por */aDra. Cinthia Azucena, Veloz León* como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

Dra. Brenda Yesqueny Úrgiles Carrión

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS E ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIAN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

Yo, Cinthia Azucena Veloz León

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación *Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021*, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme alas citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido,veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

**EL AUTOR:**

---

Cinthia Azucena Veloz León



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**AUTORIZACIÓN:**

Yo, Cinthia Azucena Veloz León

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

# REPORTE DE URKUND

## URKUND

Original

### Document Information

Analyzed document	VELOZ LEÓN CONTRA AZUCENA.pdf (3326825294)
Submitted	2023-02-02T07:02:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	vveloz@ucspg.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	xpilot@analisis.ucspg@analisis.orkund.com 

### Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>TESIS CAPITULO II.docx</b> Document TESIS CAPITULO II.docx (345417044)	 ?
<b>W</b>	URL: <a href="http://scielo.mec.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0211-5732011000300005">http://scielo.mec.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0211-5732011000300005</a> Fetched: 2023-11-10T11:57:02.2900000	 !

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios

A mis padres por apoyarme incondicionalmente, y estar conmigo en los momentos más difíciles.

Agradecer igualmente a mis hermanos por su cariño y preocupación.

También agradezco enormemente a mis tutores Dr. Yubel Batista Pereda, Dra. Sanny Aranda Canosa y Dra. Brenda Úrgiles Carrión por haberme guiado en este proyecto.

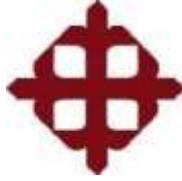
A todos y cada uno de mis docentes que han contribuido a mi conocimiento.

Al centro de salud Pascuales quien me abrió sus puertas para la realización del mismo.

Muchas gracias a todos porque me han ayudado a crecer como persona y como profesional

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Francisco Veloz y Pilar León, a mis hijas Azucena y Paulina que con tanto amor estimulan mi crecimiento como persona tanto de forma física, espiritual y moral; que cada día me exigen para poderme destacar en todos los ámbitos de mi vida, a mis tutores quienes estuvieron siempre guiando este trabajo para que pueda ser un aporte a nuestra sociedad, a mis hermanos que han sido una gran ayuda en todo el caminar de mi vida y por su apoyo en la realización de este trabajo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
III COHORTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LA DE PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE DOS CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021. POSGRADISTA: CINTHIA AZUCEÑA VELOZ LEÓN FECHA: 18 DE MARZO DEL 2022						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCION	CALIFICACION TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACION SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACION TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico

\_\_\_\_\_  
Dr. Xavier Landívar Varas  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
Dr. Yubel Batista Pereda  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
Dra. Sanny Aranda Canosa  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	VIII
ACTA DE CALIFICACION.....	IX
INDICE GENERAL .....	X
INDICE DE TABLAS. ....	XI
INDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT. ....	XIV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA. ....	4
2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento .....	4
2.2 Formulación.....	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
General .....	6
Específicos.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	2
4.1 Marco conceptual. ....	2
Etiología.....	11
FISIOLOGÍA.....	12
Factores genéticos .....	13
Síntomas.	
.....	
10.	
5.          MÉTODOS.....	10
5.1          Nivel de la investigación. ....	10
5.2          Tipo de investigación. ....	10
5.3          Diseño de investigación.....	10

5.4	Justificación de la elección del método .....	10
5.5	Población de estudio.....	11
5.5.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.	1
5.9	Variables.....	14
8	CONCLUSIONES. ....	40
9	VALORACION CRITICA DE LA INVESTIGACION.....	41

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según el sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	20
Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según grupo de edad. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	20
Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según estado civil. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	24
Tabla 4. Distribución de la población según escolaridad. Centro de salud Pascuales Año 2021.....	25
Tabla 5. Distribución de la población según ocupación. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	26
Tabla 6. Distribución de la población según enfermedades crónicas no transmisibles. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	28
Tabla 7. Distribución de la población según la actividad física. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	29
Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según las actividades recreativas. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	31
Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según el ingreso económico. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	31
Tabla 10. Distribución de los adultos mayores según la escala geriátrica de Yesavage. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	32
Tabla 11. Distribución de los adultos mayores según el tipo de técnica educativa. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	33
Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según la frecuencia de actividades educativas. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	34
Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según el horario de las actividades educativas. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	35
Tabla 14. Distribución de los adultos mayores según la duración de las actividades educativas. Centro de salud Pascuales. Año 2021. ....	37
Tabla 15. Distribución de los adultos mayores según el lugar para el desarrollo de las actividades educativas. Centro de salud Pascuales. Año 2021 .....	37
Tabla 16. Distribución de los adultos mayores según el tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades. Centro de salud Pascuales. Año 2021.....	38

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	42
ANEXO 2: Encuesta.....	44
ANEXO 3: Escala de Yesavage.....	47
ANEXO 4: Estrategia educativa.....	48

## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud. Además, hay que tener en cuenta que la mayoría de los ancianos con depresión no son diagnosticados y no reciben un tratamiento adecuado, con lo que es probable que se incremente el uso de servicios de salud y los costes asociados que conlleva.<sup>1</sup>

**Métodos:** Investigación de tipo observacional, prospectiva, descriptiva, de corte transversal. Se recolectó información por medio de una encuesta elaborada por el autor, de las variables sociodemográficas y los componentes necesarios para diseñar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor.

**Resultados:** Los datos fueron recogidos de pacientes que pertenecen al consultorio 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales, a fin de elaborar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor, teniendo en cuenta que se tomó una población de estudio de 100 pacientes. **Conclusiones:** En este estudio predominó el sexo femenino, el grupo quinquenal de 65 a 69 años de edad, la etnia mestiza, el ingreso económico adecuado, el estado civil más común fue casado, el nivel de escolaridad primaria terminada, la ocupación ama de y 42 de los pacientes presentaron depresión leve

**Palabras Clave:** Estrategia educativa, prevención, depresión, adulto mayor

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression, at all ages, is a major public health problem; however, depression in old age is an even greater concern because of its implications for the family, society and public health services. In addition, it should be borne in mind that the majority of elderly people with depression are not diagnosed and do not receive adequate treatment, which is likely to increase the use of health services and the associated costs involved.<sup>1</sup>

**Methods:** Observational, prospective, descriptive, cross-sectional research. Information was collected through a survey prepared by the author, of the sociodemographic variables and the necessary components to design an educational strategy for the prevention of depression in the elderly.

**Results:** The data were collected from patients belonging to the clinic 25 A and 25 B of the Pascuales health center, in order to develop an educational strategy for the prevention of depression in the elderly, taking into account that a population of study of 100 patients.

**Conclusions:** In this study, the female sex, the five-year group of 65 to 69 years of age, the mestizo ethnic group, the adequate economic income, the most common marital status was married, the level of primary schooling completed and the occupation as a housewife predominated. 42% of the patients had mild depression.

**Keywords:** Educational strategy, prevention, depression, elderly

# 1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración <sup>1</sup>.

A medida que las personas avanzan de edad, ocurren cambios a nivel biológico, psicológico y social. En la vejez suceden eventos vitales que pueden afectar el bienestar de la persona en edad avanzada, como cambio en la residencia, jubilación, muerte de la pareja y otros seres queridos, entre otros. Estos cambios suelen implicar un mayor aislamiento social y una disminución de la energía, la movilidad y las funciones sensorio-motoras.<sup>3</sup>

La Escala de Depresión de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el Español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si - no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80 a 95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 Hoyl, Alessi, Rubenstein desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de Depresión.<sup>4</sup>

Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en el adulto mayor buscan lograr un envejecimiento exitoso. Con respecto a las actividades de promoción de la salud, estas deben ser abordadas considerando el escenario macrosocial, microsocio, interpersonal e individual. Las actividades preventivas en el adulto mayor deben estar dirigidas no solo al riesgo de caídas y las complicaciones iatrogénicas. Es importante dar al adulto mayor las pautas necesarias para ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, intentando mantener en todo momento la autonomía, su calidad de vida y, sobre todo, respetando siempre sus valores y

preferencias.' En el adulto mayor es a menudo difícil determinar el significado y la etiología de sus síntomas, por ejemplo, se sabe que el disturbio del sueño es una característica de depresión y puede ayudar hacer el diagnóstico de depresión mayor en adultos jóvenes, pero es difícil evaluar este síntoma en un paciente adulto mayor quien tiene dificultades para dormir hace 10 años. Similar problema existe para síntomas depresivos tales como: pérdida de apetito, disminución de peso, pérdida de la concentración y fatiga <sup>5</sup>.

## 2. EL PROBLEMA

### 2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>7</sup> La depresión en los adultos mayores es un problema de salud pública de gran magnitud y uno de los problemas psiquiátricos más comunes. Sin embargo, la prevalencia de depresión en los asilos de ancianos es muy elevada, pero existe una gran dispersión de datos entre el 14% y el 70%.<sup>8</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión<sup>9</sup>.

En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%: un estudio en población marginal reportó depresión de 60%

En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE (Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento). El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación imponente con deterioro cognitivo.<sup>10</sup>

A nivel local, se realizó un estudio en un centro gerontológico del municipio de Guayaquil donde la mayoría de los adultos mayores no presentan depresión.<sup>11</sup>

En esta investigación se presentará una estrategia educativa para prevenir la depresión en adultos mayores, esta puede disminuir lo que conlleva a ella, la incidencia de enfermedades y complicaciones

## 2.2 Formulación

¿Qué elementos se deben considerar para el diseño de una estrategia de intervención educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor?

## 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

General

Diseñar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor en dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021.

Específicos

- Caracterizar a los adultos mayores según variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales presentes en los adultos mayores
- Identificar los adultos mayores deprimidos en la población de estudio
- Determinar los componentes de una estrategia educativa.
- Elaborar la estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor en el centro de salud Pascuales.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco conceptual.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, Por ejemplo, quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión. Los determinantes sociales juegan también un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuesto a una mayor informalidad laboral, pueden ser más propensos a padecerla. En este sentido, la lucha contra la depresión debe ser un desafío para toda la sociedad <sup>12</sup>.

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo <sup>13</sup>.

La OMS considera al envejecimiento activo como. El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.<sup>14</sup>.

La depresión en el anciano puede manifestarse desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en el nivel leve, se puede reportar un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés para realizar actividades cotidianas. Cuando la depresión es profunda, hay tensión, temor, preocupación y angustia. El anciano puede presentar dolor corporal, insomnio, fatiga, dolor de cabeza, falta de apetito, y a veces, ideas suicidas. Hay datos que revelan que en la vejez hay mayor incidencia de depresión <sup>15</sup>.

## 4.2 Antecedentes investigativos.

Considerando la alta tasa de recaídas de esta enfermedad, no es de extrañar que la depresión afecte cada vez más a los ancianos y que la mayor tasa de suicidios por edad se produzca en los mayores de 70 años. Además, las personas ancianas se suicidan con menos intentos previos y, curiosamente, suelen visitar al médico antes de llevarlo a cabo. Si la depresión se diagnostica poco, en el anciano se hace aún menos, con grados de diagnóstico del 32 al 50% y de tratamiento del 37 a 50<sup>o</sup>/o. Y es que, a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo, el diagnóstico no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste<sup>16</sup>.

Estudio observacional transversal y analítico realizado en la ciudad de Castellón de la Plana durante el 2015, en el cual se obtuvo información relativa a factores relacionados con la depresión, mediante entrevistas individuales realizadas con la "encuesta Fraile"<sup>17</sup>.

La depresión, diagnosticada en 88 casos, tuvo prevalencia de 7,6%. La relación hembra: varón fue 2,1: 1 y la edad (X + 1DS) 54,06 + 15,15 años, 6,2 años mayor que en la población total. La enfermedad fue muy frecuente en los ancianos (37,5 % de los casos de depresión vs 28,3 % de ancianos en la muestra). En 1/4 de los casos se diagnosticó desorden afectivo primario y, en los 3/4 restantes, depresión por desorden adaptativo a factores de estrés psicológico o depresión secundaria a otras enfermedades médicas.<sup>17</sup>

En los adultos mayores, la depresión es un desorden común, con consecuencias bien documentadas en el bienestar, funcionamiento diario, mortalidad y utilización de servicios. Beekman realiza un amplio estudio en adultos **mayores entre** los 55 a 85 años, encontrando una media de edad de 71.8 años, con una **severidad** constante por encima del percentil 85 en el seguimiento por seis años. También se ha visto en este grupo etario que la depresión se acompaña de disfunción cerebral difusa a comparación **de los pacientes más jóvenes** con depresión. Esto podría **deberse** a enfermedad **vascular, enfermedad de Alzheimer** u otro tipo de patología cerebral<sup>18</sup>.

Estudio observacional, transversal y analítico, realizado mediante cuestionario sobre una **muestra de** 400 individuos mayores de 75 años residentes en la comunidad, que fueron seleccionados mediante muestreo intencionado durante el año 2015.

Se entrevistó a un total de 400 individuos, con una media de edad de 81,29 en un

rango de 75 a 96 años. El 46,8% son hombres y el 53,2% mujeres.

El análisis descriptivo por sexo mostró que el 30,5 % de los individuos presentaban síntomas depresivos, siendo las mujeres quienes los presentaron en mayor proporción (40,1%) frente a los hombres (19,7%). El 78,2% de los individuos viven acompañados, las mujeres en menor proporción (68,7%) que los hombres (88,9%). En relación al nivel de estudios el 51,8% de los individuos no tienen estudios secundarios.

El 41,5% de los mayores perciben menos de 900 euros al mes, siendo la proporción de mujeres mayor en este grupo.

Respecto a la autopercepción de la salud, el 62,9% de la muestra, la percibe como buena. Las mujeres perciben su salud general como buena en menor proporción que los hombres: 55,5% frente a 71,4%.

Al comparar el estado de fragilidad por sexo se observó que siendo personas frágiles el 23,2% del total de la muestra, las mujeres lo son en mayor proporción que los hombres: 28% frente a 18%

En el análisis variante, entre presentar síntomas depresivos y las variables estudiadas, se observó que, en relación a la edad, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los individuos menores de 85 años y los mayores de esta edad.

En relación a la convivencia los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas, los mayores que viven solos presentaron síntomas depresivos en mayor proporción que los que viven acompañados: 26,6% frente a 16,1%.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas depresivos y los ingresos mensuales percibidos; sucede lo mismo con el nivel de estudios.

En relación a la autopercepción de la salud, los individuos que identificaron su salud como buena no presentaban síntomas depresivos en mayor proporción (75,1%), que los individuos que percibían su salud como mala (24,9%).

En relación a la fragilidad, los individuos no frágiles presentaron síntomas depresivos en menor proporción (12,1%) que los pre-frágiles (57%) y los frágiles (30,8%)<sup>19</sup>.

Estudios sugieren que la terapia cognitiva conductual sola, o en combinación con la farmacoterapia, es eficaz para el tratamiento agudo de la depresión. De hecho, en un estudio realizado comparó el uso de la terapia cognitivo conductual con la farmacoterapia en sujetos con depresión moderada o grave. El estudio se realizó en las clínicas de investigación de la universidad de Pensilvania y en la universidad de Vanderbilt, con 240 pacientes (120 en cada grupo), los cuales fueron asignados al azar. Los resultados mostraron que las tasas de terminación del tratamiento fueron comparables entre la terapia cognitiva y los grupos de medicación.

Después de 16 semanas de terapia, el 85% del grupo de terapia cognitiva y el 84% del grupo de farmacoterapia permanecieron en tratamiento. Las tasas de mejoría determinadas por la escala de Hamilton fueron 46% para los medicamentos y 40% para la terapia cognitiva. En otro estudio realizaron una comparación entre el tratamiento con terapia cognitiva y la farmacoterapia con imipramina, individualmente y en combinación en 107 pacientes los cuales se asignaron al azar para el tratamiento. De los 107 pacientes asignados a los diferentes tratamientos, el 40% abandonaron el estudio antes de completar la fase de tratamiento (12 semanas). Los resultados no encontraron diferencias en las mediciones de los síntomas depresivos entre los grupos de tratamiento (terapia cognitiva vs fármacos). Más aun, muestran que en los tres grupos estudiados (terapia cognitiva, tratamiento farmacológico y grupo combinado), los pacientes mejoraron sustancialmente <sup>20</sup>.

En este estudio con especial énfasis en los resultados referidos a la depresión y a los factores asociados a la severidad de esta en hombres a través de un Modelo de Ecuaciones Estructurales. De los hombres encuestados, el 10.9% de la población presentaba síntomas de depresión en un nivel subclínico; el 6.9% alcanzó puntajes que sobrepasaron el punto de corte clínico (106 puntos); el 6.1% repone un nivel de severidad moderado y el 0.8% de depresión severa durante el último mes.

Asimismo el 7.7% de la población presentó ideación suicida, el 12.2% tenía ideas de muerte. El 18.9% refirió tener pobre imagen social alta y el 51.9% moderada: por otra parte, el 18.6% reportó tener afecto negativo alto y el 34.5% un nivel moderado. Para el caso del factor desesperanza, el 1.9% mostró alta desesperanza y el 22.7% moderada; finalmente el 14.4% presentó evitación moderada y el 4.2% alta.

Del total de la población, el 12.2% tenía antecedentes familiares de depresión, el 9.9% de consumo de sustancias psicoactivas, el 4.4% de suicidio, el 8.9% de conducta violenta y el 8.6% de comportamiento arriesgado. Las medias reportadas

de funcionamiento familiar (APGAR) tenían un promedio bajo de disfunción familiar (1.12) y un promedio moderado de bajo de soporte familiar percibido.

Entre la población estudiada, una prevalencia de síndrome depresivo moderado que está entre el 39.5 (Test QD2) y el 45.3 (Test Zung), es decir un promedio de los dos instrumentos de 42.2 % de la población estudiantil, experimenta en el momento actual, un grado de depresión moderado. Esta cifra es llamativa ya que si bien puede haber una explicación multifactorial, no deja de ser importante, tratándose de una prueba de autoevaluación y por lo tanto confiable <sup>21</sup>.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional con adultos mayores de una zona urbano-marginal, que es área de influencia al Centro Comunitario "Las Culturas" perteneciente a la Secretaría de Salud. En los programas prioritarios de salud, siendo uno de ellos el programa de atención a los adultos mayores. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, debido a que no se cuenta con un marco muestral que permita realizarlo en forma aleatoria. La muestra conformaron 252 adultos mayores de ambos sexos.

Participaron en el estudio los adultos mayores que eran residentes del área de influencia del Centro Comunitario, mayores de 60 años y quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión o deterioro cognitivo. Se utilizó una cédula de datos personales diseñada para identificar datos socio-demográficos y situación actual de salud del adulto mayor. El test de Yesavage de 30 reactivos para identificar la prevalencia de depresión, es la escala utilizada y validada para identificar depresión en adultos mayores, presenta una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%.

La muestra se caracterizó de la siguiente manera. Predominó el sexo femenino (60.0%), Más de la mitad con esposo(a) (54.0%): la mayoría con escolaridad (75.4%) y sin empleo remunerado (90.1%). El 40.1% (n=101) no presentó depresión, el 34.9% (n=88) depresión leve y el 25% (n=63) depresión establecida. En cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra.

Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años (41.4%) y establecida en el grupo 81 a 90 años (38.9%). La depresión entre leve y establecida fue superior en los adultos mayores del sexo masculino (62%), que aquellos sin escolaridad (62.9%) y sin pareja (62.9%) <sup>22</sup>.

Se diseñó un estudio de tipo descriptivo transversal, que tuvo población de referencia las personas de 65 años y más que vivían en los 103 CBA de la zona urbana registrados en la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Medellín Colombia. En la población adulta mayor evaluada en los CBA, se encontró que 41.3% tenía edades entre los 75 y 84 años, seguido por 33% de adultos mayores con edades entre 65 y 74 años, mientras que 25.7% tenía 85 o más años: solo se hallaron dos personas con edades mayores de 100 años. El nivel educativo que predominó fue la primaria (51.1%), seguida por la secundaria (25%), se halló que 17.4% no tenían ningún nivel de formación. En cuanto al Sistema de Seguridad Social en Salud, se hallaba afiliado a este el 93.1%; de estos, se encontraban afiliados al régimen contributivo 51%, mientras que 46.3% lo estaba en el régimen subsidiado. Además 58.3% de los adultos mayores estaban en la institución como pensionados. De acuerdo al puntaje obtenido en la escala de síntomas depresivos, se halló que 54.3% (150) de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas de depresión: presentó síntomas depresivos moderados el 37% (102) y el 8.7% los registraron de forma severa.

La prevalencia de síntomas depresivos fue 47.6% en las mujeres, similar a los hombres. Por edad, el porcentaje más alto de adultos mayores sin depresión se halló en los de 75 a 84 años (59.6%), semejante a los otros grupos de edad. Por otro lado, las personas que no presentaron ningún nivel educativo tuvieron la mayor prevalencia de depresión (58.4%).<sup>21</sup>

El objetivo del presente trabajo fue identificar el nivel de relación entre la depresión y la personalidad en 184 adultos mayores en fase incipiente de dicha enfermedad, quienes fueron evaluados a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck II y del Inventario neo-Five-Factor Inventory.

La muestra fue dividida en dos grupos: el grupo experimental (GE), con 82 participantes (53 mujeres y 29 varones) con diagnóstico clínico de Alzheimer en fase incipiente y diagnóstico de depresión. Por su parte, el grupo de control (GC) se compuso de 102 sujetos (64 mujeres y 38 varones), sin diagnóstico clínico de Alzheimer, depresión o cualquier otro diagnóstico diferencial. Para el análisis inferencial se utilizó como herramienta calculada, mediante el SPSS, la prueba de Student para muestras independientes, lo que permitió verificar las posibles relaciones entre la depresión y los cambios de personalidad. La distribución de los participantes por edad fue semejante en ambos grupos, así como por sexo. Los valores obtenidos por el GE, en

general, son más altos que los valores del GC en la evaluación de los cambios de personalidad por influencia de la depresión (BDI -II). Respecto a la personalidad premórbida (NEO-FFI), como se podría prever, entre GE y GC se hallaron diferencias significativas en cuanto a responsabilidad y amabilidad. Mientras que en la personalidad los mismos grupos mostraron diferencias significativas en el neuroticismo (Rodríguez, Castro y Gruart, 2014; Rodríguez, Castro y Cruz Roja Española, (2014). Además, se obtuvieron resultados significativos en la depresión moderada cuando se compararon el GE y el GC, lo que sugiere una influencia sobre el cambio del neuroticismo. Los valores premórbidos de la personalidad podrán presentar un patrón conductual de los rasgos de estos adultos mayores, considerando que la significancia de los datos se encontró en el GE, es decir, en los participantes con diagnóstico de depresión y Alzheimer en fase incipiente <sup>23</sup>. El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional con adultos mayores de una zona urbano-marginal, que es área de influencia al Centro Comunitario "Las Culturas" perteneciente a la Secretaría de Salud.

La muestra se caracterizó de la siguiente manera: predominó el sexo femenino (60.3%), más de la mitad con esposo(a) (54.0%); la mayoría con escolaridad (75.4%) y sin empleo remunerado (90.1%). El 40.1% no presentó depresión, el 34.9% depresión leve y el 25% depresión establecida. En cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra. Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años (41.4%) y establecida en el grupo 81 a 90 años (38.9%). La depresión entre leve y establecida fue superior en los adultos mayores del sexo masculino (62%), que aquellos sin escolaridad (62.9%) y sin pareja (62.9%). En cuanto a la función cognitiva, se encontró mayor prevalencia de deterioro en el rango de edad de 81-90 (55.5%) y sexo femenino (45.4%).

El análisis variado con el coeficiente de correlación de Spearman (rs) no mostró la asociación esperada entre las variables de estudio, sin embargo se acerca a una interpretación de asociación baja entre depresión y el tener un empleo remunerado (rs=0.142; p=0.024), depresión y el número de padecimientos (rs=-0.239; p=0.000), función cognitiva y el número de padecimientos (rs=0.166; p=0.008) y entre la depresión y la función cognitiva (rs=-0.242; p=0.000)<sup>23</sup>.

Estudio descriptivo transversal. El universo, constituido por 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados, pues permanecían 8 horas diarias cinco días a la semana en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley".

La muestra quedó representada por 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados, atendidos en la consulta de psico-geriatría en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley", a través de visitas semanales en el período comprendido del primero de Enero hasta el 31 de Marzo de 2016, seleccionados al azar teniendo en cuenta el único criterio de participación voluntaria en la investigación.

Se aplicó una encuesta para la pesquisa de depresión en pacientes adultos mayores de la comunidad, mediante tres preguntas orales (EPD-3PO). El test EPD-3PO es un test sencillo de realizar que consta de tres preguntas que abordan estados anímicos del paciente en el último mes. Considerando como positiva la pesquisa, ante una respuesta afirmativa de cualquiera de las tres preguntas de la escala.

La versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage con quince preguntas. Es la prueba Estándar de Oro (Gold Standard) utilizada para detectar elementos depresivos en el adulto mayor, siendo esta la escala recomendada por la Sociedad de Geriatría de Gran Bretaña para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Se considera positiva con más de cinco respuestas indicativas de depresión.

Mini-examen del estado mental de Folstein (M.M.S.E). Es una herramienta de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo. Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba. Se considera sin deterioro cognoscitivo (24 - 30), ligero deterioro cognoscitivo (17 - 23), moderado deterioro cognoscitivo (10 - 17), severo deterioro cognoscitivo (menos de 10)<sup>24</sup>

Diversos estudios señalan un incremento en síntomas depresivos en adultos mayores hospitalizados o internados, lo que se ve incrementado con la sensación de ansiedad, tensión, angustia y sufrimiento.

Se evaluaron a 140 adultos mayores institucionalizados, de los cuales el 73,6% corresponde a mujeres, el 72,9% de los participantes superan los 80 años. Al evaluar el estado nutricional según IMC, el 53% se encuentra bajo peso, 34% normopeso, 10% sobrepeso y 3% obeso. Al compararlo con la evaluación según MNASF, se observa que un 32% se encuentra con desnutrición, un 42% en riesgo de desnutrir, y tan solo un 26% en normalidad. Según el índice de Katz el 31% de los adultos mayores presenta dependencia leve, el 44% presenta dependencia establecida y solo el 25% de los

residentes es autovalente. Respecto al consumo de medicamentos más del 50% de los adultos mayores consume más de 3 medicamentos diarios, presentado diferencias significativas según sexo. El 23,6% de los institucionalizados se le aplicó la encuesta de depresión de Yesavage y al 76,4% se le aplicó Cornell. Aquellos que respondieron la encuesta de Yesavage, un 24% presentaba depresión establecida, 3% depresión leve y un 73% no presentaba depresión, en cambio a quienes se les aplicó Cornell el 22,5% presento depresión grave, 28% depresión leve y un 49,5% sin depresión <sup>25</sup>.

## **Etiología**

La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos. Entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de un evento estresante, y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral que pueden producir variaciones a nivel estructural y en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Entre los factores genéticos que intervienen en el trastorno depresivo, se ha reportado que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo. Dentro de los factores biológicos, existen evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas, cuyas acciones inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino, que incrementan el riesgo de padecer depresión mayor. A pesar de años de estudio, las bases biológicas del trastorno depresivo y el mecanismo preciso de la eficacia antidepressiva siguen siendo poco claras <sup>25</sup>.

## **Fisiopatología**

Los trastornos depresivos y ansiosos comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos y el insomnio. Entre los factores biológicos se han encontrado determinantes genéticos que incluyen genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citosinas neurotrópicas e inflamatorias. Entre los factores ambientales de riesgo se encuentran el estrés psicosocial, especialmente cuando es continuo, y la enfermedad en general, los cuales promueven, en individuos vulnerables, cambios en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y otros órganos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones en las funciones autonómicas y aumento en la producción y la liberación de citosinas pro

inflamatorias; todo lo cual confluye en variaciones estructurales y funcionales del sistema nervioso. La vía fisiopatológica común tiene que ver con alteraciones en el soporte neurotrópico y de la interacción glía-neurona que ocasionan un fenómeno de sensibilización central al dolor, asociada por la misma vía a las manifestaciones depresivas y ansiosas, y las alteraciones del sueño. La concomitancia de los cuatro componentes clínicos adquiere un carácter biológico sinérgico que se asocia a la naturaleza progresiva y la tendencia a la perpetuación de estos trastornos, especialmente cuando se tratan adecuadamente<sup>27</sup>.

### **Factores genéticos**

Estudios familiares recientes han revelado que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de sujetos con trastorno depresivo, tienen alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general. Esta cifra varía en diversos estudios, debido principalmente a diferencias en los criterios diagnósticos y en la selección de la muestra, pero en general concuerdan en el mayor riesgo de los familiares directos de enfermar de depresión. No obstante, los estudios familiares por sí mismos no pueden establecer cuánto del riesgo proviene de factores genéticos y cuánto del ambiente familiar compartido.

Hasta el momento se han comunicado sólo tres estudios de adopción, aunque hay más de diez estudios en gemelos. Los resultados de los estudios de adopción no han entregado evidencia concluyente: uno fue negativo y los otros dos positivos, aunque sólo uno de estos últimos encontró evidencia fuerte de riesgo genético para trastorno depresivo mayor. Estas inconsistencias parecen deberse a limitaciones metodológicas.

La heredabilidad de la depresión mayor se estima entre un 31 a 42%, aunque puede ser mayor en algunos subtipos de depresión, tal como la depresión recurrente. Como comparación se puede señalar que la heredabilidad estimada para la esquizofrenia y el trastorno bipolar son del 80%

En cuanto a distinguir, en un sujeto determinado, si su depresión es principalmente "genética" o "ambiental" esto es sólo parcialmente posible. Los individuos un elevado riesgo familiar de sufrir depresión mayor tienden a tener episodios recurrentes, elevados niveles de incapacidad durante los episodios y probablemente una edad de comienzo menor.

## Neuroquímica de la depresión

Las primeras hipótesis etiológicas sobre la depresión se enfocaron en los sistemas monoaminérgicos. Inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica. Aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobre simplificada de la fisiopatología de la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos.

Con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico. Algunos estudios han demostrado respuestas endocrinas reducidas a agonistas serotoninérgicos directos e indirectos.

Los estudios post-mortem han demostrado un aumento en la densidad de sitios de unión al receptor de serotonina 5HT<sub>2</sub> y una reducción del número de sitios del transportador de serotonina en el tejido cerebral de pacientes depresivos y víctimas de suicidio. Además se ha encontrado un aumento de los autoreceptores serotoninérgicos 5HT<sub>1A</sub> en el rafe dorsal del cerebro medio de suicidas con depresión mayor. Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) también han encontrado una amplia reducción en los sitios de unión a los autoreceptores 5HT<sub>1A</sub> en el cerebro de sujetos con depresión. Por su parte, investigaciones mediante tomografía computada con emisión de fotones únicos (SPECT) han revelado una disminución de la densidad de los sitios de unión al transportador de serotonina en el cerebro de pacientes depresivos.

En pacientes con depresión mayor se ha observado una liberación aumentada de hormona del crecimiento en respuesta a la estimulación con piridostigmina, lo que sugiere una desregulación del sistema colinérgico.

## Cambios endocrinos

### Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

Los estudios acerca del funcionamiento endocrino en pacientes depresivos han revelado anomalías del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol. La prueba de supresión de cortisol con dexametasona, que en algún momento fue

considerada una prueba diagnóstica para depresión, se encuentra alterada en un subgrupo de enfermos depresivos y puede identificar pacientes con una anomalía del eje HHA.

Se supone que la alteración de los receptores de glucocorticoides en algunas regiones cerebrales, particularmente en el hipocampo, podría contribuir a la sintomatología depresiva. Normalmente el hipocampo tiene un efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Sin embargo, cuando los receptores de glucocorticoides se encuentran afectados secundariamente a la hipercortisolemia, se altera este efecto inhibitorio, lo que lleva a una persistente secreción de cortisol. La hipercortisolemia, por su parte, está asociada con neurotoxicidad y con una reducción de la neurogénesis en el hipocampo. Un hipocampo que funciona mal puede estar asociado a algunos de los síntomas depresivos.

Estudios efectuados en animales demuestran que los antidepresivos y la terapia electroconvulsiva afectan a los receptores de glucocorticoides, aumentando la unión entre glucocorticoides y receptores. Este efecto se observa luego de dos semanas, coincidiendo con el tiempo que requieren los antidepresivos para ejercer su efecto.

Eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT)

Los pacientes depresivos presentan varias alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT)

Hay un aplanamiento del ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con pérdida del pico normal de secreción nocturno de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). Algunos pacientes depresivos tienen elevadas concentraciones de hormona liberadora de tirotrófina (TRH) en el líquido cefalorraquídeo. La hipersecreción de TRH puede llevar a regulación a la baja de los receptores de TRH en las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explicaría la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH exógena, anomalía que ha sido ampliamente documentada. Sin embargo, la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH no es específica y también se ha observado en pacientes alcohólicos y maníacos.

La administración directa de TRH en el líquido cefalorraquídeo por inyección intratecal puede ejercer un efecto antidepresivo agudo. Esto sugiere que los elevados niveles de TRH en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos pueden representar una

reacción compensatoria más que tener un papel causal en la depresión.

Pacientes con niveles hormonales normales de hormonas tiroideas y sin disfunción tiroidea evidente pueden tener niveles elevados de anticuerpos tiroideos, lo que indicaría la existencia de tiroiditis subclínica, la que puede estar asociada con cuadros depresivos

#### Hormona del crecimiento

Los pacientes depresivos tienen un aplanamiento de la curva de secreción diurna de hormona del crecimiento y en especial del pico nocturno. Este aplanamiento puede ser consecuencia del sueño fragmentado que presentan los pacientes depresivos.

También se ha observado un aplanamiento de la respuesta de hormona del crecimiento a la estimulación por clonidina, por estrés y por hipoglicemia en pacientes depresivos

#### Alteraciones del sistema inmune

El estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos severos afectan la respuesta inmune y el curso de las enfermedades mediadas por este sistema. Al parecer, los estresores pueden tanto aumentar como disminuir la respuesta inmune, dependiendo si el estrés es agudo o crónico y del tipo de componente estudiado.

Por otra parte, las alteraciones del sistema inmune inducidas por la depresión varían dependiendo de la severidad clínica, de la edad y del sexo del paciente. Por ejemplo, los pacientes viejos y con depresión severa tienen una disminución del número de células CD4 y de la respuesta del mitógeno de los linfocitos, en comparación con los controles.

En la depresión parecen jugar un papel importante los mediadores inmunes denominados citokinas (interleukinas, interferón y factor de necrosis tumoral). En los pacientes depresivos se han encontrado niveles elevados de citokinas proinflamatorias.

#### Alteraciones anatómicas y fisiológicas

Las bases anatómicas y fisiológicas de la depresión son objeto de activa investigación, de la que se puede concluir que las áreas más probablemente involucradas son las estructuras límbicas (involucran el cíngulo, hipocampo, cuerpos mamilares y tálamo anterior), los circuitos de recompensa (núcleo accumbens, sublenticular, amígdala extendida, amígdala, tegmento ventral, cíngulo, ínsula, tálamo, giro

parahipocámpico y corteza prefrontal), el hipotálamo y la corteza temporal anterior. Los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales derechas suelen presentar un estado de ánimo indiferente, apático o eufórico, en tanto los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales izquierdas suelen presentar ansiedad o depresión.

Se pensaba que los estados de ánimo como la depresión estaban asociados únicamente al sistema Límbico; no obstante, hoy existe evidencia de que también participan estructuras no Límbicas. Una revisión de la literatura al respecto concluyó que el hallazgo estructural más replicado en los estudios por neuroimágenes es la presencia de hiperintensidades de la materia blanca en regiones asociadas con la corteza frontal y los ganglios basales, disminución del volumen frontal bilateral y reducción del tamaño del putamen y del caudado

Los estudios mediante tomografía por emisión de fotones únicos (SPECT) y por emisión de positrones (PET) han demostrado una disminución global del metabolismo cerebral, más marcado en las regiones frontales, especialmente en la prefrontal medial y dorsolateral, los ganglios basales y la corteza cinglada. El flujo sanguíneo y el metabolismo parecen estar aumentados en zonas de la corteza orbito frontal y de la amígdala. Además de la evidencia derivada de los estudios por neuroimágenes sobre el papel de los circuitos ganglios basales -tálamo-corteza en la fisiopatología de la depresión mayor, los estudios sobre respuesta al tratamiento con antidepresivos sugieren que la corteza cinglada anterior también puede jugar un papel significativo.

#### Modelo integrado de la depresión

Actualmente la depresión es entendida como una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja, que afecta a diferentes sistemas, aunque sus principales manifestaciones se expresan en el plano psíquico. Involucra alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y en los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, los que pueden explicar la variedad de síntomas observables en la fase depresiva.

Hoy se cree que esta enfermedad se origina en la interacción compleja entre una predisposición genética y sucesos vitales, como trauma o abuso infantil, los que producen cambios significativos en el sistema nervioso central. El resultado es una hiperactividad del sistema CRF que conduce a una hipercortisolemia mantenida y a una hiperactivación del sistema noradrenérgico. Tanto CRF como el sistema

noradrenérgico son los mediadores de la respuesta al estrés. Ambos sistemas ejercen amplias influencias, tanto en el cerebro como en la periferia, a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso autónomo<sup>28</sup>.

## **Síntomas**

Muchos sujetos que han sufrido episodios depresivos en el pasado, saben diferenciar muy bien la tristeza, el malestar psíquico y la discapacidad que sufrieron en aquellos episodios, del malestar provocado por los síntomas emocionales y afectivos derivados de enfrentar los problemas de la vida cotidiana. Estos sujetos refieren los síntomas de los episodios depresivos, no solos más intensos, sino como distintos cualitativamente a las alteraciones emocionales no asociadas con un episodio depresivo y, probablemente, serían capaces de establecer el diagnóstico diferencial de manera intuitiva. En cambio, los profesionales tenemos serias dificultades para establecer las diferencias entre la tristeza normal y la patológica, diferenciación en la que, por otra parte, tampoco se pone gran interés porque, como hemos señalado previamente, los criterios diagnósticos actuales tienen un enfoque más cuantitativo que cualitativo.

Si bien algunos autores consideran que el síntoma nuclear de la depresión es la anhedonia, otros consideran que el síntoma nuclear es la tristeza, pero una tristeza como ya publicara Kraepelin en 1921. Se trataría de una "tristeza vital", que, tal como la describió K. Schneider, sería diferente de la tristeza como sentimiento anímico normal, caracterizada por ser autónoma, no reactiva, desvinculada del desencadenante si lo hubiera, difusa, corporalizada y persistente.

Autores próximos a nosotros han establecido experimentalmente un "índice de Tristeza Patológica" con sensibilidad y especificidad satisfactorias, tanto más alto cuanto la tristeza sea más interna, incontrolable, permanente, duradera, desesperanzada, temerosa, rara y fatigada.

En cualquier caso, actualmente parece que existe una marcha atrás y una vuelta a los clásicos, en defensa de una posición más categorial de entender la depresión, que fue apoyada por la escuela de Newcastle y actualmente por Parker que propone un modelo y diferenciar del continuum de los trastornos depresivos tres subtipos de depresión: la depresión no melancólica, la depresión melancólica y la depresión psicótica en función de la presencia o ausencia de alteraciones psicomotoras y de

fenómenos psicóticos. La validación de la depresión melancólica (endógena) categoría, implicaría la presencia de síntomas conductuales y vegetativos además de marcadores neuroendocrinos específicos y mejor respuesta a fármacos antidepresivos. De esta forma se aceptaría un paradigma mixto, dimensional y parcialmente categórico, en que se diferenciarían las depresiones psicóticas y las melancólicas de las depresiones no melancólicas<sup>28</sup>.

## **5. MÉTODOS**

### **5.1 Nivel de la investigación.**

Se realizó un estudio de nivel descriptivo, que permitió caracterizar a la población de estudio, el cual no está interesado en probar determinadas hipótesis y no busca relaciones entre variables.

### **5.2 Tipo de investigación.**

Según la intervención del investigador es de tipo observacional ya que no existió manipulación del objeto de estudio

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo ya que utilizó fuentes primarias de información.

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es transversal, debido a que se midió en una sola ocasión.

Según el número de variables analíticas es descriptivo, univariado ya que no se realizó asociaciones de variables.

### **5.3 Diseño de investigación.**

Es un estudio de prevalencia o de corte transversal.

### **5.4 Justificación de la elección del método**

Con el nivel, tipo y diseño de investigación planteados en el método le podemos dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos de estudio.

Un diseño de estrategia educativa puede mejorar el riesgo de presentar depresión y sus complicaciones en adultos mayores y que no estén analizadas en el territorio de estudio.<sup>10</sup>

## **5.5 Población de estudio**

La población de estudio estuvo conformada por adultos mayores de 65 años de edad en adelante de sexo femenino y masculino atendidos en el consultorio 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales durante el año 2021. El total de pacientes fue de 100.11

## **5.6 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

Para la selección de la población de estudio, se conformó un listado teniendo como fuentes las fichas familiares de los dos consultorios, tomando en cuenta los pacientes que cumplieron los criterios de participación para el estudio.

### **5.6.1 Criterios de inclusión.**

Todos los adultos mayores que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Adultos mayores que residan de manera permanente en el área asignada a los consultorios 25 A y 25 B.

### **5.6.2 Criterios de exclusión**

Todos los adultos mayores que presenten discapacidad mental que impida completar los instrumentos de investigación.

Adultos mayores que después de dos citas al centro de salud o dos visitas al domicilio no sea posible contactar.

## **5.7 Procedimiento de recolección de la información**

- La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Se cumplieron las normas éticas establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador y en la declaración de Helsinki.
- Se obtuvo la autorización del centro de salud Pascuales y se firmó el consentimiento informado por los participantes <sup>12</sup>.

Para dar respuesta a los objetivos uno, dos y cuatro se elaboró una encuesta por la autora,

validada por tres expertos, dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama para la validación del instrumento.

Dentro de las variables esta la actividad física y se consideró como actividad física adecuada a los pacientes que acumulan en la semana un mínimo de 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o un mínimo de 75 a 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, y como actividad física inadecuada a los pacientes que no realizan ningún tipo de actividad física o que acumulen menos de 74 minutos de actividad física a la semana.

Actividad recreativa: se consideró a los adultos mayores que sí realizan actividad recreativa a los que ven televisión, escuchan música, entonan algún instrumento, juegan naipes, leen, participan en clubes de adulto mayor, y los que no realizan ninguna de estas actividades se considera como no realiza.

Ingreso económico: se determinó a través del cálculo del per cápita familiar. Per cápita familiar = ingreso económico total familiar/número de integrantes de la familia.

Adecuado (84,49 USD o más) Pobreza (84,48 a 47,62 USD)

Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)

Para dar respuesta al objetivo tres se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada.

Es un cuestionario breve en el cual se le pide al paciente responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió la última semana, de 0 a 5 se considera normal, de 6 a 9 depresión leve y de 10 a más indica depresión severa

## 5.8 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Sexo	Encuesta
Edad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Estado civil	Encuesta

Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Enfermedades crónicas no transmisibles	Encuesta
Actividad física	Encuesta
Actividad recreativa	Encuesta
Ingreso económico	Encuesta
Depresión	Psicometría (Escala de Yesavage)
Tipo de técnica educativa	Encuesta
Frecuencia de la actividad educativa	Encuesta
Horario de las actividades educativas	Encuesta
Duración de las actividades educativas	Encuesta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades	Encuesta

### 5.9 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizará a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0 (2019).

Se utilizarán números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas.

La información se presentará en forma de tablas para su mejor comprensión.

#### 1 Variables

##### 5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Depresión	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Normal Depresión leve Depresión establecida	Cualitativa nominal
Sexo	Según fenotipo	Femenino Masculino	Cualitativa nominal
		65 — 69	

Edad	Edad en años	70 —74 75 — 79 80 — 84 85 y mas	Cuantitativa  discreta
Etnia	Autoidentificació nétnica	Indígena Afroecuatoriano NegroMulato Montubio  Mestizo BlancoOtro	Cualitativa nominal
Estado civil	Según lo referido por el adulto mayor	Soltero Unión libre Casado DivorciadoViudo	Cualitativa nominal
Escolaridad	Escolaridad terminada	Ninguna Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universidad terminada Postgrado terminado	Cuantitativa ordinal
Ocupación	Según actividad laboral que desempeña	Empleado público Empleado privado Cuenta propia Ama de casa Trabajador no	Cualitativa nominal

		remunerado	
		Jubilado	

		Desempleado Ninguno	
Enfermedades crónicas no transmisibles	Antecedentes personales de enfermedades crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Depresión Otras Ninguna	Cualitativa nominal
Actividad física	Realiza actividad física	Sí No	Cualitativa nominal
Actividades recreativas	Realiza actividades recreativas	Sí No	Cualitativa nominal
Ingreso económico	Ingreso económico	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas Videos - debate Talleres Demostraciones	Cualitativa nominal
Frecuencia de las actividades educativas	Número de actividades	Dos veces por semana Una vez por semana Una vez cada quince días	Cuantitativa discreta
Horario de las actividades educativas	Horario de las actividades educativas	Mañana Tarde Noche	Cualitativa ordinal
Duración de las actividades educativas	Duración de las actividades educativas	15 minutos 20 minutos 25 minutos	Cuantitativa discreta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Domicilio Comunidad Centro de salud	Cualitativa nominal
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades	Número de personas a participar por actividad	De 2 a 3 personas De 4 a 5 personas De 6 a 7 personas	Cuantitativa discreta

## 7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos fueron recogidos de pacientes que pertenecen al consultorio 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales, a fin de elaborar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor, teniendo en cuenta que se tomó una población de estudio de 100 pacientes, aplicando criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según el sexo. Consultorio 25A — 25B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Sexo	No	%
Femenino	59	59,0%
Masculino	41	41,0%
Total	100	100.0%

En la tabla 1 se observa que el sexo femenino predomina en relación con el masculino.

1.- Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012

En esta investigación se observó una frecuencia más alta del sexo femenino relacionado con el riesgo de depresión, aunque esta asociación no fue significativa. El predominio de la prevalencia de depresión en mujeres, es ampliamente documentado: en ellas es aproximadamente el doble de la observada en los hombres: la mayor parte de los antecedentes, nacionales e internacionales, coinciden en esta diferencia; sin embargo, algunas divergencias en los estudios con relación al sexo, pudieran tener una explicación debido a las variaciones en las distribuciones socioculturales de las poblaciones.

2.- María Pilar Molés Julio, Aurora Esteve Clavero. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. España. 2019.

Se entrevistó a un total de 400 individuos, con una media de edad de 81,29 en un rango de 75 a 96 años. El 46,8% son hombres y el 53,2% mujeres

El análisis descriptivo por sexo mostró que el 30,5 % de los individuos presentaban

síntomas depresivos, siendo las mujeres quienes los presentaron en mayor proporción (40,1%) frente a los hombres (19,7%). El 78,2% de los individuos viven acompañados, las mujeres en menor proporción (68,7%) que los hombres (88,9%). En relación al nivel de estudios el 51,8% de los individuos no tienen estudios secundarios

3.- Rivera Navarro, Jesús; Benito-León. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México América Latina hoy, vol. 71, diciembre, 2015, pp. 103-118 Universidad de Salamanca. España

Nuestro trabajo proporciona información útil sobre la prevalencia de la depresión en ancianos en una ciudad de tamaño medio, en un país como México, constatando que dicha enfermedad es muy prevalente en los adultos mayores y está asociada a variables relacionadas con el apoyo social, la funcionalidad, el sexo (ser mujer), la soledad, el bajo nivel de ingresos, la percepción de salud y los eventos estresantes. Para extraer argumentos concluyentes en relación a los factores de riesgo necesitaríamos aplicar estudios longitudinales; aun así, creemos que los datos obtenidos en nuestro estudio pueden servir de guía a las políticas de salud que se están implementando en México; de esta forma, la potenciación de las redes sociales de los ancianos, así como la prevención de la dependencia y la especial atención a las personas mayores en el umbral de la pobreza deberían ser dimensiones tenidas en cuenta en las políticas antes mencionadas.

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según grupo de edad. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad	Sexo				N	%
	Femenino		Masculino			
	N	D	N	%»		
21						
65 - 69	30	30,0%	12	12 0%	42	42,0%
70 - 74	13	13,0%	12	12,0%	25	25,0%
75 - 79	9	9,0%	10	10,0%	19	19,0%
80 - 84	4	4,0%	5	5,0%	9	9,0%
85 y mas	3	3,0 <sup>o</sup> /o	2	2,0%	5	5,0%
Total	59	59,0%	41	41,0%	100	100,0%

En la tabla 2 se observa que los grupos con mayor porcentaje se encuentran en el rango de 65 a 69 años de edad, con predominio del sexo femenino.

1.- Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango. Riesgo de depresión y factores

asociados en adultos mayores. Colombia. 2012.

La edad promedio de los adultos mayores fue de 71,1 años (DE=8,21 años), con edades entre 60 y 112 años. El 68,6 % de los adultos mayores se ubicaban en las edades entre 60 y 74 años, denominados adultos mayores jóvenes, el 29,2 % tenían edades entre los 75 y 89 años, considerados adultos 188 REVISTA DE SALUD PÚBLICA- Volumen 17 (2), Abril 2015 mayores viejos, el 1,9 % de ellos tenían entre 90 y 99 años, denominados adultos mayores longevos y el 0,2 % presentaron una edad mayor de 100 años, conocidos como adultos mayores centenarios. El 62,0 % son mujeres con una razón de 1:1,63; el estado civil predominante fueron los casados con un 29,5 %; en cuanto a la escolaridad el 61,8 % realizaron estudios de primaria o menos y predominan las personas residentes en el área urbana del departamento.

2.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento. 2020.

La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) es una encuesta por muestreo a hogares que investiga a la población Adulto Mayor de 60 años y más, realizada por la Dirección de Estadísticas Sociodemográficas del INEC. Esta primera Encuesta brinda la información necesaria para entender las características y tendencias relevantes a las personas de la tercera edad.

3.- Perla De los Santos, Sandra Carmona. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. México. 2018.

El grupo de personas mayores estudiadas fue de 5275. La población entre 60 y 69 años de edad representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años de edad y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres. El estado civil predominante fue la categoría de casado o unido con el 61.5 %, le siguen el 22.9% de personas viudas, el 8.6% divorciado o separado y, por último, aparece el 7% de solteros. El 81.5% señaló estar bajo un sistema de protección en salud, ya sea este Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y Seguro Popular, entre otros

Para hombres y mujeres el hecho de tener de 70 a 79 años incrementa su probabilidad de padecer depresión en esta etapa de vida.

Distribución de los adultos mayores de acuerdo a la Autoidentificación étnica.

Consultorio 25 Ay 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Todos los pacientes se autoidentificaron como mestizos en ambos sexos

1. - Melba Barrantes Monge. GÉNERO, VEJEZ Y SALUD. Chile. 2006.

Estado socioeconómico: Incluye desde el nivel de ingreso durante su vida hasta el lugar que ocupa en la comunidad, sin olvidar el grupo étnico a que pertenece (el valor atribuido al género y a la raza repercute claramente en la salud y calidad de vida). Es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad, que, una vez jubiladas, dependen de la seguridad social, de sus ahorros o de otros miembros de su familia (quienes pueden ser pobres también)

2.- Eunice Yarce Pinzón, Dania Yilibeth Andrade córdoba. Desempeño ocupacional y participación social en adultos mayores de etnia indígena inga de Nariño Colombia. 2019.

El envejecimiento poblacional está punto de convertirse en una de las 23 transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, generando serias implicaciones a la sociedad, al sistema de salud y a la familia; siendo más vulnerables los pueblos indígenas, lo que hizo necesario realizar un estudio para conocer factores inherentes, buscando esclarecer la importancia y características propias del adulto mayor indígena en cuanto el desempeño de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, además de identificar sus características de participación social en función al uso de espacios de vida y apoyo social. Se realizó un estudio con un enfoque empírico analítico siguiendo un análisis cuantitativo de tipo descriptivo, en el que se plasman las cualidades de 80 adultos mayores pertenecientes a la etnia indígena Inga, con resultados que muestran mayor población de género femenino; pertenencia a un estrato socioeconómico de categoría uno, nivel de escolaridad bajo y desempeño laboral independiente.

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores según estado civil. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Estado civil	No	%
Soltero	20	20,0%
Unión libre	27	27,0%
Casado	32	32,0%

Divorciado	2	2,0%
Viudo	19	19,0%
Total	100	100,0%

En esta tabla vemos que el estado civil que predomina es casado con un porcentaje de 32,0%.

1.- Perla De los Santos, Sandra Carmona. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. México. 2018.

El grupo de personas mayores estudiadas fue de 5275. La población entre 60 y 69 años de edad representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70y 79 años de edad y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres. El estado civil predominante fue la categoría de casado o unido con el 61.5%, le siguen el 22.9% de personas viudas, el 8.6% divorciado o separado y, por último, aparece el 7<sup>o</sup>/ de solteros. El 81.5% señaló estar bajo un sistema de protección en salud, ya sea el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y Seguro Popular, entre otros.

2.- Melba Barrantes Monge. GÉNERO, VEJEZ Y SALUD. Chile. 2006.

Estado civil. Ser solteras (viudas, divorciadas, abandonadas o nunca casadas) es una realidad para muchas mujeres de mayor edad. Sus efectos sobre la salud son difíciles de cuantificar, pero pueden incluir la falta de recursos, depresión, falta de movilidad y pobreza.

Tabla 4. Distribución de la población según escolaridad. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	NO	%	No	%

Ninguna (analfabetismo)	6	6,0%	4	4,0%	10	10,0%
Primaria sin terminar	19	19,0%	13	13,0%	32	32,0%
Primaria terminada	26	26,0%	16	16,0%»	42	42,0%
Bachillerato terminado	5	5,0%	4	4,0%	9	9,0%
Universidad terminada	1	1,0%	1	1,0%	2	2,0%
Total	59	59,0%	41	41,0%	100	100,0%

Se observa que el 42,0% / de los adultos mayores presentan una instrucción primaria terminada, en mayor porcentaje el sexo femenino.

1.- Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Colombia. 2012.

Al analizar los resultados se observó que existe una relación en los diferentes niveles de escolaridad de los adultos mayores, a menos escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión; acorde con los reportes de estudios los cuales indican que bajos niveles de educación se relacionan con la presencia de esta discapacidad ya que la autopercepción de salud es diferente

2.- Serra Taylor, Irizarry Robles. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. 2015

El objetivo de esta investigación descriptiva-correlacional fue evaluar la relación entre autoeficacia, la escolaridad y los síntomas depresivos para identificar factores protectores de la depresión en una muestra de personas de edad avanzada de la población de Puerto Rico. La hipótesis de esta investigación planteó que, a mayor autoeficacia y escolaridad, menor sería el nivel de los síntomas depresivos o deterioro en el estado de ánimo en una muestra de adultos mayores de Puerto Rico.

Las personas con mayor escolaridad demostraron un nivel más alto de autoeficacia y un nivel más bajo de síntomas depresivos. Esto implica que las personas con mayor escolaridad poseen niveles más altos de autoeficacia, lo que reduce la posibilidad de depresión en la muestra. Este hallazgo concurre con los estudios que han encontrado que

una mayor escolaridad está asociada a una mayor autoeficacia y menores síntomas depresivos. Ello puntualiza la importancia de fomentar la educación, no solo para un país más productivo, sino también para una futura generación más saludable de adultos mayores.

Tabla 5. Distribución de la población según ocupación. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ocupación	Femenino No.	%	Masculino No.	%	No.	%»
Ama de casa	40	40,0%	3	3,0%	43	43,0 %
Cuenta propia	7	4,0%	18	12,0%	25	25,0 %
Ninguno	5	5,0%	7	7,0%	12	12,0 %
Empleados privados	5	5,0%	5	5,0%	10	10,0 %
Jubilados	1	1,0%	6	4,0%	7	7,0%
Desempleados	1	1,0%	1	1,0%	2	2,0%
Trabajador no remunerado	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%
Total	59	59,0%	41	41,0%	100	100,0 %

Podemos observar en esta tabla que la ocupación que predomina es ama de casa con el 43,0%.

1.- Ramirez J. El bienestar psicológico y los factores psicosociales presentes en los adultos mayores de la Asociación de Jubilados de Andinatel del Ecuador. Tesis. 2015. La muestra del estudio fue conformada por 30 adultos mayores comprendidos en las edades de 65 años y más años, personas que no presentan deterioro cognitivo. Los datos obtenidos revelan la situación de los adultos mayores de la Asociación de Jubilados de Andinatel en el Ecuador, en los que se refleja un alto nivel de bienestar psicológico y una baja presencia de Factores psicosociales de riesgo. Se evidencia que personas en un 25% sienten soledad en un nivel medio, 34% inactividad y 41% 27

poseen falta de recursos económicos.

2.- Perla Vanessa De los Santos, Sandra Emma Carmona Valdés. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo 2018.

En relación a la actividad laboral, el 51.5% refirió tener una ocupación laboral. El 91% recibe ayuda económicas y no económicas (95%) por parte de sus familiares cercanos, amigos e incluso vecinos. El 93% confirmó que tiene solo un ingreso económico para solventar sus necesidades en esta etapa de vida, el 7% restante percibe más de 2 ingresos ya sea por salario, pensión, jubilación, renta y/o el programa social. El 49% realiza entre 1 y 3 actividades sociales y el 51% señaló realizar más de 4.

Tabla 6. Distribución de la población según morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Enfermedades crónicas no transmisibles</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	36	36,00%	15	15,00%	51	51,00%
Diabetes mellitus	14	14,00%	6	6,00%	20	20,00%
Otras enfermedades crónicas	8	8,00%	9	9,00%	17	17,00%
Depresión	1	1,00%	0	0,00%	1	1,00%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>59,00%</b>	<b>41</b>	<b>30,00%</b>	<b>100</b>	<b>89,00%</b>

En la tabla 6 se observa que la enfermedad crónica no transmisible que predomina es Hipertensión arterial con el 51,0%.

1.- Andrés Vázquez Machado, Julienne Mukamutara. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica. Cuba. 2019. El 42,8 % tenía una pobre adherencia a la medicación antihipertensiva, la que se asoció significativamente ( $p < 0,05$ ) con la presencia de síntomas depresivos, necesidad de un tratamiento psicofarmacológico, ser afectado por 3 o más eventos vitales actuales y tener diagnóstico de un trastorno depresivo.

2.- Valdés King Mónica, González Cáceres José. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. 2017.

Estudio descriptivo transversal. El universo, constituido por 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados, pues permanecían 8 horas diarias cinco días a la semana en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley".

Con relación a las enfermedades crónicas, en Uruguay la depresión tiene una prevalencia de 25 % en la población con insuficiencia cardíaca (IC) que puede ascender al 50 % en etapas muy avanzadas. La depresión influye negativamente en el pronóstico de la IC. Por otra parte el diagnóstico de depresión es difícil en los pacientes con IC por el solapamiento de síntomas de ambas entidades. En ese sentido idealmente, la detección de depresión se debe valer de instrumentos que eviten la confusión de síntomas y signos de la enfermedad médica con el estado depresivo. Si bien, los mismos ayudan a la especificidad en el diagnóstico, estos adolecen de poca aplicabilidad en la práctica diaria de los médicos que no están en el área de la salud mental. Cuando las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las tres principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestra región, los síntomas depresivos entonces se deberán sospechar, estudiar y manejar adecuadamente acorde a las guías terapéuticas existentes, en todos los adultos mayores con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Tabla 7. Distribución de la población según la actividad física. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Actividad física</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si realiza	27	27,0%
No realiza	73	73,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

En la tabla 7 se observa que el 73 % de la población estudiada no realiza actividad física.

1.- Roberto Martín Aranda. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. España. 2018.

La revisión efectuada, siguiendo los criterios de inclusión establecidos, evidencia que la actividad física posee un papel preponderante como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores. Los artículos coinciden en identificar claramente la vinculación

entre actividad física y categorías incluidas en la calidad de vida de los adultos mayores, tales como independencia funcional, función física (vitalidad), autoestima, funcionamiento cognitivo, bienestar subjetivo, salud mental, optimismo, envejecimiento saludable e integración social

2.- Patino Villada Fredy Alonso, Arango Vélez Elkin Fernando. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. 2013.

La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión sistemática muestran un efecto benéfico de diferentes modalidades de actividad y ejercicio en los síntomas depresivos de los adultos mayores con diagnóstico de depresión. Los trabajos de fuerza de alta intensidad se apoyan en una mayor cantidad de estudios con seguimientos a corto, medio y largo plazo, lo que hace que se deba tenerlos en cuenta en el tratamiento de personas adultas mayores con depresión; paradójicamente, existen menos estudios que den cuenta de los efectos de las actividades aeróbicas en esta condición clínica, y los existentes muestran efectos positivos a corto plazo, sin haberse evaluado los efectos a medio y largo plazo: de lo anterior se concluye que el ejercicio aeróbico puede tener algún beneficio en los adultos mayores con depresión, sin tener claridad sobre el tiempo necesario para lograr los efectos ni la dosis que deben recibir estos pacientes.

Tabla 8. Distribución de los adultos mayores según las actividades recreativas. Consultorio 25 Ay 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Actividades Recreativas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si realiza	62	62,0%
No realiza	38	38,0%
Tot 1	25	100,0%

El 62,0% de los participantes realiza actividades recreativas.

1.- Marcos Giai. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Argentina. 2015.

La recreación para mejorar la calidad de vida en las personas de la tercera edad ofrece al anciano un buen uso del tiempo libre. Las actividades recreativas internas y externas se realizan en la institución con la colaboración de especialistas y voluntarios según una estrategia adecuada y optimizada. La preferencia de los adultos mayores por las actividades externas se apoya en su necesidad de interactuar y socializar con

sus familiares y otros ancianos, lo que los aleja de experimentar estados vivenciales negativos. Es importante prever la inclusión de los ancianos con más tiempo de estadía en las actividades recreativas externas y estimular la concurrencia de los familiares con periodicidad.

2.- Marco Fabrizio Lizano Salazar. "La actividad lúdica y su influencia en el adulto mayor en el hogar de ancianos "Sagrado Corazón de Jesús" Congregación de madres doroteas, cantón Ambato, ciudadela España." Ecuador. 2014.

La recreación, en el adulto mayor, ha de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y sin lugar a dudas contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos de esta edad.

Tabla 9. Distribución de los adultos mayores según el ingreso económico. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Ingreso económico	No	%
Adecuado	75	75 %
Inadecuado	25	25 %
Tot 1	100	100,0%

En la tabla 9 vemos que el 75% de la población estudiada tiene adecuado ingreso económico.

1.- INEC, Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), junio 2021. Pobreza y desigualdad. Quito, 22 de julio 2021

La línea de pobreza se ubica en US\$ 84,71 mensuales per cápita, mientras que la línea de pobreza extrema en US\$ 47,74 mensuales per cápita.

El estudio registra que la pobreza por ingresos a nivel nacional en junio de 2021 se ubica en 32,2% mientras que la pobreza urbana es de 24,2%, y la pobreza en el área rural es de 49,2%. En junio de 2021 la pobreza extrema a nivel nacional se ubica en 14,7%. En el área urbana la pobreza extrema es de 8,4% y en el área rural es de 28,0%.

2.- Marco Vinicio Sinchire Gómez. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos. 2017.

Una vez obtenido los resultados, podemos señalar, que en los adultos mayores que

acuden a los centros geriátricos existe problemas depresivos cuyos principales factores de riesgo son, las enfermedades degenerativas y dolor crónico como primeros factores seguidos de, abandono, nivel socioeconómico bajo, y falta de apoyo familiar y social

3.- Melba Barrantes Monge. Género, Vejez y Salud. Chile. 2006

Estado socioeconómico: Incluye desde el nivel de ingreso durante su vida hasta el lugar que ocupa en la comunidad, sin olvidar el grupo étnico a que pertenece (el valor atribuido al género y a la raza repercute claramente en la salud y calidad de vida). Es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad, que, una vez jubiladas, dependen de la seguridad social, de sus ahorros o de otros miembros de su familia (quienes pueden ser pobres también).

Tabla 10.- Distribución de los adultos mayores según la escala geriátrica de Yesavage. Consultorio 25 Ay 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Escala geriátrica de Yesavage</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	No	%	No	%	No	%
Normal	32	32,0%	21	36,0%	53	53,0%
Depresión leve	24	24,0%	18	4,0%	42	42,0%
Depresión establecida	3	3,0%	2	2,0%	5	5,0%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>59,0%</b>	<b>41</b>	<b>41,0%</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

En esta tabla la distribución de la escala geriátrica de Yesavage nos damos cuenta que el mayor porcentaje es normal con el 53,0%

1.- Trinidad Hoyl M, Eduardo Valenzuela A. Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Chile. 2000.

La versión abreviada de 5-ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (5-GDS) parece ser tan efectiva como 15-GDS para el tamizaje de depresión. En caso de reconfirmarse este resultado usando una evaluación clínica como referencia estándar para el diagnóstico de depresión, la versión 5-GDS podría sugerirse para uso masivo en atención

ambulatoria del adulto mayor en Chile.

2.- Autor: Marco Vinicio Sinchire Gómez. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos. 2017.

En lo que refiere al grado de depresión pudimos constatar que los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos en su gran mayoría no padecen problemas depresivos ya que han creado factores de resiliencia para combatir dicho problema, en cambio un grupo considerable padece problemas depresivos leves que de ciertamanera afectan negativamente su vida diaria, y un pequeño grupo se constató que padecen problemas depresivos graves, problema que cabe destacar necesita intervención urgente.

3.- Domínguez PDM, Ocaña LAI, Maldonado ÁC. Diseño de una estrategia para atender la depresión y valorar los factores de riesgo asociados en una población geriátrica del policlínico "Belkis Sotomayor" de Ciego de Ávila. 2014.

Se les aplicó la escala geriátrica de depresión de Yesavage y los criterios de diagnóstico de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas: se aplicó el cuestionario valoración biosocial, previo consentimiento informado. Se diagnosticó depresión en aproximadamente la cuarta parte de la población estudiada, sobre todo en edades comprendidas entre 60 y 64 años, más frecuente en las mujeres; se encontró una elevada correlación entre los antecedentes personales de trastornos persistentes entre los que se encuentran la hipertensión arterial, seguidas de osteoartritis, asma y trastornos cerebrovasculares.

Tabla 11. Distribución de la frecuencia de actividades educativas de los adultos mayores. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Frecuencia de las actividades educativas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Dos veces por semana	23	23,0%
Una vez por semana	59	59,0%
Una vez cada quince días	18	18,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

En esta tabla observamos que la frecuencia de actividades educativas que predomina es una vez por semana con el 59,0%.

1.- Nancy Montes de Oca Recio, Evelio F. Machado Ramírez. Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. Cuba. 2011

El término estrategia se emplea cada vez con mayor frecuencia en la literatura pedagógica, a pesar de sus múltiples acepciones e interpretaciones. Son indiscutibles las ventajas que su adecuada utilización puede ofrecer en los procesos educativos.

Ante un mundo en constante proceso de cambio, la educación sigue siendo la respuesta pedagógica estratégica para dotar a los estudiantes de herramientas intelectuales, que les permitirán adaptarse a las incesantes transformaciones del mundo laboral y a la expansión del conocimiento. Por ello, la necesidad de la planificación y el uso de estrategias docentes que potencien aprendizajes reflexivos y una educación para afrontar los cambios, la incertidumbre y la dinámica del mundo actual, se fundamenta en la actualidad.

2.- Amaia Seguro Baranda. Universidad Pública de Navarra. Prevenir la depresión en la vejez. España 2019. segurola

Este proyecto aborda la salud del individuo desde una perspectiva biopsicosocial, abordando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta forma, para lograr los objetivos propuestos, es necesaria realizar una intervención multidisciplinar, contando con el apoyo de profesionales sanitarios y no sanitarios. La aportación de una enfermera de salud mental cobra importancia para transmitir conceptos básicos sobre la depresión a los ancianos con el objetivo de concienciarlos de esta problemática. Para abordar los temas relacionados con los hábitos alimenticios y actividad física, una dietista y un preparador físico serán los que participen en el taller. En cuanto al manejo de pensamientos y emociones, un psicólogo colaborará en el desarrollo de la sesión. Todos ellos serán coordinados por la enfermera comunitaria que dirija el programa. Las sesiones serán grupales, con un máximo de 15 participantes. Se realizarán 6 sesiones durante el mes de mayo y junio (los lunes) de 2019 en el Centro de Salud de San Juan. Su duración será aproximadamente de 1h 15 min. Para el desarrollo de las sesiones se emplearán recursos didácticos de apoyo, material impreso (folletos, tablas, ejercicios...) y audiovisual (vídeos y diapositivas). Además, el coste del programa será mínimo, ya que los recursos empleados (materiales, técnicos y humanos) no suponen un alto coste.

Tabla 12. Distribución de los adultos mayores según el horario de las actividades educativas. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Horario de las actividades educativas	Total	%
Mañana	34	34,0%
Tarde	64	64,0%
Noche	2	2,0%
Total	100	100,0%

El horario de la actividad educativa con mayor porcentaje es en la tarde con 64,0%.

1.- Carmen Candelo Reina, Gracia Ana Ortiz R., Bárbara Unger, HACER TALLERES Una guía práctica para capacitadores, WWF Colombia (Fondo Mundial para la Naturaleza), Colombia. 2003.

Defina el tiempo requerido para que cada actividad quede bien hecha y ordene los recursos necesarios para llevarlas a cabo. En ocasiones, emplear unos minutos más en algunas actividades le evitará más adelante invertir tiempo precioso en otras; por ejemplo, destinar el tiempo necesario para una adecuada apertura del taller (presentación de los participantes, presentación de objetivos y del programa, y conocer expectativas y temores) le evitará hacer varias tareas más adelante

Tabla 13. Distribución de los adultos mayores según la duración de las actividades educativas. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Duración de las actividades educativas	Total	%
20 minutos	1	15,0%
25 minutos	25	25,0%
30 minutos	60	60,0%
Total	100	100,0%

En la tabla 13 vemos que la duración de las actividades educativas que predomina es 30 minutos que corresponde al 60,0%.

1.- Carmen Candelo Reina, Gracia Ana Ortiz R., Bárbara Unger, HACER TALLERES Una guía práctica para Colombia (Fondo Mundial para la Naturaleza), Colombia 2003.

La distribución del tiempo en el programa y en la agenda es un asunto de cuidado,

pues casi siempre las actividades toman más tiempo de lo previsto. El equipo de capacitación, aprovechando su experiencia y la finalidad de la actividad en sí, hará propuestas y acordará el tiempo suficiente para las presentaciones, los trabajos en grupo, las visitas, excursiones y plenarias, sin olvidar el tiempo suficiente para los descansos y la alimentación.

Tabla 14. Distribución de los adultos mayores según el lugar para el desarrollo de las actividades educativas. Consultorio 25 Ay 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Lugar para el desarrollo de las actividades educativas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Domicilio	22	22,0%
Comunidad	15	15,0%
Centro de salud	63	63,0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

El lugar para el desarrollo de las actividades educativas con mayor porcentaje es el centro de salud con el 63,0%.

1.- Carmen Candelo Reina, Gracia Ana Ortiz R., Bárbara Unger, HACER TALLERES Una guía práctica para capacitadores, WWF Colombia (Fondo Mundial para la Naturaleza), Colombia 2003.

Generalmente la administración del lugar donde se realiza el taller designa a una persona de contacto para acordar horarios, prestación de servicios y otros temas de la logística; es conveniente que esa persona pueda estar este día para definir con ella los procedimientos del caso.

Tabla 15. Distribución de los adultos mayores según el tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas. Consultorio 25 A y 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

<b>Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
De 5 a 6 personas	32	32,0%
De 7 a 8 personas	13	13,0%

De 9 a 10 personas	55	55,0%
Total	100	100,0%

El tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades es de 9 a 10 personas que corresponde al 55,0%.

1.- Edith Chehaybar y Kury, Técnicas de aprendizaje grupal, México 2012.

Cuando el docente en educación media y superior se pregunta generar en grupos tan numerosos un aprendizaje significativo, una conciencia del compromiso social de cada participante, una capacidad para interactuar y modificar el medio, puede encontrar una orientación si busca el valor que tiene la interacción en el grupo como 38 medio y fuente de experiencias para el sujeto, lo que permite potenciar el aprendizaje. Las técnicas para el aprendizaje grupal consideran la existencia de una dinámica y fuerza distintas de la simple suma de los individuos que integran el grupo

2.- Amaia Seguro Baranda. Prevenir la depresión en la vejez. Argentina. 2019.

Se ha diseñado un programa de prevención de la depresión en ancianos con riesgo de padecer esta enfermedad en el centro de salud de San Juan (Pamplona)

Las sesiones serán grupales, con un máximo de 15 participantes. Se realizarán seis sesiones durante el mes de mayo y junio de 2019 en el Centro de Salud de San Juan. Su duración será aproximadamente de 1h 15 min.

Tabla 16. Distribución de los adultos mayores según el tipo de técnica educativa. Consultorio 25 Ay 25 B. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

Tipo de técnica educativa	No.	%
Charlas	83	83,0%
Videos - Debate	6	6,0%
Talleres	6	6,0%
Demostraciones	5	5,0%
Total	100	100,0%

El tipo de técnica educativa que predominó son las charlas con un 83,0%.

1.- Carmen Candelo Reina, Gracia Ana Ortiz R., Bárbara Unger, HACER TALLERES Una guía práctica para capacitadores, WWF Colombia (Fondo Mundial para la Naturaleza), Colombia 2003.

El manual HACER TALLERES está enfocado en la capacitación de adultos. La principal característica del taller de capacitación consiste en transferir conocimientos y técnicas a los participantes, de tal manera que estos los pueden aplicar.

2.- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Preparación y ejecución de talleres de capacitación: una guía práctica, 2001

El taller posibilita la construcción de aprendizajes sobre la base de la capacidad y oportunidad que tienen las personas de reflexionar en grupo sobre sus propias experiencias. El proceso de aprendizaje se completa con el regreso a la práctica para transformarla, poniendo en juego los elementos adquiridos en el proceso.

3.- Mesa Trujillo Daisy, Valdés Abreu Beatriz María. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020.

Incrementar conocimientos sobre estilos de vida saludables, características de autovaloración adecuada, importancia del adulto mayor en la familia y la sociedad, y otros que favorezcan modificación de la autoestima, el estilo de vida y la calidad de vida.

## 8. CONCLUSIONES

La depresión es un trastorno psiquiátrico frecuente en el adulto mayor.

- Es importante el conocimiento de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de manera más eficaz.
- En esta investigación, de los adultos mayores estudiados, pertenecientes a dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales, predominó el sexo femenino, el grupo quinquenal de 65 a 69 años de edad, la etnia mestiza, el ingreso económico adecuado, el estado civil más común fue casado, el nivel de escolaridad primaria terminada y la ocupación ama de casa. Además la mayoría de los adultos mayores encuestados presentan enfermedades crónicas no transmisibles por lo que toman medicación día a día.
- Un alto porcentaje de adultos mayores presenta depresión leve según la escala geriátrica utilizada
- El diseño de la estrategia educativa está estructurado en tres temas, cada uno con sus subtemas, se realizarán tres sesiones, una vez a la semana, con una duración de 30 minutos en el horario de la tarde, en el centro de salud Pascuales, con grupos de 9 a 10 personas.

## 9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Se considera que esta investigación se pudo realizar, ya que a pesar que la población estudiada, vive en una zona de riesgo y vulnerabilidad social., donde se ha brindado atención médica básica, de forma personalizada, con eficacia y eficiencia, lo que ha posibilitado la entrada a cada uno de los hogares, para aplicar las encuestas, con la confidencialidad necesaria para ello.

El proyecto de investigación realizado tiene un enfoque direccionado a la prevención de la depresión en el adulto mayor, ya que esta enfermedad puede presentarse en algún momento de su vejez, ya sea por factores sociodemográficos o acontecimientos importantes en su vida como fallecimiento de un ser querido, abandono, soledad, enfermedades crónicas, entre otras, impactando a los adultos mayores. Se obtiene en esta investigación un porcentaje moderado de depresión leve. Por tal motivo se realiza una estrategia de intervención educativa para la prevención de depresión en adultos mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera Navarro, La depresión en la vejez: Un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy* [Internet]. 2015; 71 (1): 103 - 118. Citado 15 julio 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30843703006>.
2. Aliaga-Díaz, Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* [internet]. 2016; 33 (2): 311- 2320. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797017>.
3. - Orosco Carlos, Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona* [Internet]. 2015; (18). 91-104. Citado 02 julio 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004>.
4. Hoyl M Trinidad, Valenzuela A Eduardo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev. Med. Chile*[Internet]. 2000 Nov [citado 2020 Jul 15]; 128 (11): 1199-1204. Disponible en: <https://scielo.conicvt.cl/scielo.php?script=sciarttext&Oid=S003498872000001100003&Inq=es> <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>.
5. Tello-Rodríguez. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* [internet]. 2016; 33 (2): 342 - 350. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797021> 43
6. ° Capuñay Chafloque José. Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* [Internet]. 1996 Oct. [citado 2020 Jul 14]; 7 (4): 172-177. Disponible en: <http://www.scielo.oro.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1018-130X1996000400005&Inq=es>
7. Serra Taylor, José A. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta colombiana de psicología* (internet]. 2015; 18 (1):125-134. Citado 01 julio 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79838614012>.

8. (OMS) OMDLS. Sitio Web Mundial. [Online].; 2013 [cited 2019 julio 30. Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
9. Organización Mundial De La Salud. Depresión. Septiembre 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deoression>.
10. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Feb 17]: 29 (3): 182-191. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
11. Espinoza Moreira. Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2021. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2014.5.5>
12. Morales Fuhrmann Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Jul 29]; 43 (2): 136-138. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-34662017000200001&Inü=es>.
13. Aponte Daza, Vaneska Cindy. Calidad de vida en la tercera edad. La Paz, v.13, n. 2, p. 152-182, agosto 2015. Citado 28 jul. 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org . bo/scielophp?scrit=sciarttext&Did=s2077-21612015000200003&Inü=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielophp?scrit=sciarttext&Did=s2077-21612015000200003&Inü=es&nrm=iso).
14. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública [Internet]. 2016 Abr. (citado 2020 Jul 29); 33 (2): 199-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1726-46342016000200001&Inü=es>. <https://doi.org/10.17843/rpmeso.2016.332.2196>
15. Soria TR, Soriano CMI, Lara JN, et al. Depresión en adultos mayores. Diferencia entre sexos. Rev. Elec. Psic. Izt. 2018; 21 (2): 682-697. {Citado 2020 Jul 29}. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cqi-bin/new/resumen.cqi?IDARTICULO=81597>
16. Urbina Torija Juan Román, Flores Mayor José Miguel, García Salazar María Pilar, Torres Buisán Luis, Torrubias Fernández Rosa María. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit [Internet]. 2007 Feb [citado 2020 Jul 29]; 21 (1): 37-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0213-91112007000100008&Ing=es>
17. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles María Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enferm. glob. [Internet]. 2019 [citado 2020 Jul 30]; 18 (55). 58-82. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci>

amext&pid=S1695- 61412019000300003&Inü=es. http://dx doi orü/10 6018/eülobal  
18 3 32440122

18. Morí, Nicanor, Caballero, July, Historia natural de la depresión. Rev. Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010. Citado 28 jul. 2020; 14 (2): 86-90. Disponible: <https://www.redalvc.oro/articulo.oa?id=203119666002>
19. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enferm. Glob. Pub. 21- oct- 2019. [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 10]; 18 (55): 58-82. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&Did=S1695-61412019000300003&Inq=es>. [hip://dx.doi.org/10.6018/eqlobal.18.3.32401](http://dx.doi.org/10.6018/eqlobal.18.3.32401)
20. Pérez-Padilla Elsy Arlene, Cervantes-Ramírez Víctor Manuel, Hijuelos-García Nayeli Alejandra, Pineda-Cortés Juan Carlos, Salgado-Burgos Humberto. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev. biomédica [revista en la Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Ago 10]; 28 (2): 73-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2007-84472017000200073&Ing=es>. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
21. López Hartmann, Rodolfo. (2014). Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA. Revista de Investigación Psicológica, (11), 93-108. Recuperado en 11 de agosto de 2020, de <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2223-30322014000100007&Ing=es&tlng=es>
22. Durán-Badillo T., Aguilar R. M., Maiñez M. L., Rodríguez T., Gutiérrez G., Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1665-70632013000200002&Inq=es>.
23. Estrada Restrepo, AleJandro, Cardona Arango. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica [Internet]. 2013; 12 (1): 81-94. Disponible en. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729009>.
24. Da Silva Rodrigues, Charles Y., Carvalho Figueiredo, Paula A., Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2017; 22 (1): 103-109. Disponible en. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161009>.
25. Durán-Badillo, T., Aguilar. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una

comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2013; 10 (2): 36-  
Disponibile en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733527002>.

26. Valdes King M, González Cáceres JA, Salisu Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev cuba med gen integr* [Internet]. 2018 [citado 11 Ago 2020]; 33 (4): [aprox. 0 p.]. Disponible en. <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>.
27. Díaz Montecinos, Dominique; Aránguiz, Sofía; Farías, Natalia: Godoy. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Chile. Aceptado: 25/junio/2019. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2019; 39 (2): 34-39. Disponible en: DOI. 10.12873/392diaz <https://revista.nutricion.org/PDF/DIAZ.pdf>.
28. Morales Fuhrmann Cristian. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Jul 29]: 43 (2): 136-138. Disponible en: [http://scielo.sid.cu/scielo.Dhp?script=sci\\_arttext&Did=S0864-34662017000200001&Inq=es](http://scielo.sid.cu/scielo.Dhp?script=sci_arttext&Did=S0864-34662017000200001&Inq=es).
29. Aponte Daza, Vaneska Cindy. Calidad de vida en la tercera edad. *La Paz*, v.13, n. 2, p. 152-182, agosto 2015. Citado 28 jul. 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s2077-2161205000200003&Inq=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2077-2161205000200003&Inq=es&nrm=iso).
30. Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública* [Internet]. 2016 Abr. [citado 2020 Jul 29]; 33 (2): 199-201. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&Did=S1726-46342016000200001&Inq=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&Did=S1726-46342016000200001&Inq=es). <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
31. Soria TR, Soriano CMI, Lara JN, et al. Depresión en adultos mayores. Diferencia entre sexos. *Rev. Elec. Psic. Izt.* 2018; 21 (2): 682-697. {Citado 2020 Jul 29}. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cqi-bin/new/resumen.cqi?IDARTICULO=81597>
32. Urbina Torija Juan Román, Flores Mayor José Miguel, García Salazar María Pilar, Torres Buisán Luis, Torrubias Fernández Rosa María. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* [Internet]. 2007 Feb [citado 2020 Jul 29]; 21 (1): 37-42. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0213-91112007000100008&Inq=es>
33. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles Maria Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de

- edad en un área urbana. *E nferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jul 30]; 18 (55):58-82. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo .php?SCFiDt=sci arttext&Dìd=S1695-61412019000300003&Ino=es. http://dx.doi.org/10.6018/eolobal.18.3.324401>
34. Morí, Nicanor, Caballero, July, Historia natural de la depresión. *Rev. Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2010. Citado 28 jul. 2020; 14 (2): 86-90. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002>
35. Pérez-Padilla Elsy Arlene, Cervantes-Ramírez Víctor Manuel, Hijuelos-García Nayeli Alejandra, Pineda-Cortés Juan Carlos, Salgado-Burgos Humberto. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev. biomédica* [revista en la Internet]. 2017 Ago [citado 2020 Ago 10]; 28 (2). 73-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci arttext&pid=S2007-84472017000200073&Ing=es. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
36. López Hartmann, Rodolfo. (2014). Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión, entre estudiantes de la UMSA. *Revista de Investigacion Psicologica*, (11), 93-108. Recuperado en 11 de agosto de 2020, de <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci amext&pid=S2223-30322014000100007&Ing=es&tIng=es>
37. Durán-Badillo T., Aguilar R. M., Mai1ínez M. L., Rodríguez T., Gutiérrez G., Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci amext&Did=S1665-70632013000200002&Ing=es>.
38. Estrada Restrepo, AleJandro, Cardona Arango. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2013; 12 (1): 81 -94. en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728T29009>.
39. Da Silva Rodrigues, Charles Y., Carvalho Figueiredo, Paula A., Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2017; 22 (1): 103-109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161009>.
40. Durán-Badillo, T., Aguilar. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2013; 10 (2): 36- Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733527002>
41. Valdes King M, González Cáceres JA, Salisu Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev cuba med gen integr* [Internet]. 2018 [citado 11 Ago 2020]; 33 (4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>

42. Díaz Montecinos, Dominique; Aránguiz, Sofía; **Farías**, Natalia; Godoy. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Chile. Aceptado: 25/junio/2019. Nutr. clín. diet. hosp. 2019; 39 (2): 34-39. Disponible en: DOI: 10.12873/392diaz <https://revista.nutricion.orq/PDF/DIAZ.pdf>.
43. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2020 Ago 25]; 142 (10): 1297-1305. Disponible en: [https://scielo.conicet.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&DId=S0034-98872014001000010&Inq=es](https://scielo.conicet.cl/scielo.php?script=sci_arttext&DId=S0034-98872014001000010&Inq=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>.
44. Cesar A. Arango-Dávila, Hernán G. Miami, Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. 14 de diciembre de 2016. Citado 24-08-2020. Disponible en: <http://www.scielo.oro.cO/Ddf/reo/v47n1/0034-7450-rcD-47-01-00046.Ddf>
45. Carlos Silva V. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev. chii. Neuropsiquiatr. V. 40 supl.1 Santiago oct. 2002. Citado 24-08-2020.
46. Ezquiaga Terrazas Elena, García López Aurelio. "Depresión": Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Ago 24]; 31 (3): 457-475. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000300005&Inq=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000300005&Inq=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000300005>



**ESCUELA DE GRADUADOS**  
**EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ANEXOS**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo: \_\_\_\_\_, he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: Diseñar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor del consultorio 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales. Año 2021.

He recibido la información por el médico: Dra. Cinthia Azucena Veloz León, postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 1205967977 y número de teléfono: 0989703635.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en aplicación de una serie de preguntas.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es dos años.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura

6. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
7. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de

forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma \_\_\_\_\_

Cédula de identidad No \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ENCUESTA	
Estimado paciente estoy realizando un proyecto de investigación sobre la prevención de la depresión en adultos mayores pertenecientes a tres consultorios del centro de salud Pascuales. Por lo cual necesito su colaboración para contestar las siguientes preguntas. Los datos registrados son confidenciales y solamente serán utilizados para fines de investigación	
1.- ¿Cuál es su sexo?	
1) Femenino ( )	2) Masculino ( )
2.- ¿Qué edad tiene usted† - - - Años	
3.- ¿Cuál es su etnia?	
1) Indígena ( )	5) Montubio (a) ( )
2) Afroecuatoriano (a) ( )	6) Mestizo (a) ( )
3) Negro (a) ( )	7) Blanco (a) ( )
4) Mulato (a) ( )	8) Otros ( ) Especifique _____
4.- ¿Cuál es su estado civil?	
1) Soltero ( )	3) Casado ( )
	5) Viudo ( )
2) Unión libre ( )	4) Divorciado ( )
5.- ¿Cuál es su escolaridad?	
1) Ninguno (analfabeto/a) ( )	5) Bachillerato terminado ( )
2) Primaria sin terminar ( )	6) Universidad terminada ( )
3) Primaria terminada ( )	7) Postgrado terminado ( )
4) Secundaria terminada ( )	

6.- ¿Cuál es su ocupación†	
1) Empleado público ( )	5) Trabajador no remunerado ( )
2) Empleado privado ( )	6) Jubilado ( )
3) Cuenta propia ( )	7) Desempleado ( )
4) Ama de casa ( )	8) Ninguno ( )
7.- ¿Usted padece de alguna enfermedad crónica?	
1) Hipertensión arterial ( )	4) Otra ( ) Especifique _____
2) Diabetes Mellitus ( )	5) Ninguna ( )
3) Depresión ( )	
8.- ¿Realiza actividad física?	
1) Si ( )	2) No ( )
Si su respuesta es Si responder las siguientes preguntas:	
Cuantas veces a la semana usted realiza actividad física _____	
Cuantos minutos dura la actividad física que usted realiza _____	
9.- ¿Realiza actividades recreativas?	
1) Ve televisión ( )	7) Ninguna ( )
2) Escucha música ( )	
3) Toca algún instrumento ( )	
4) Juega naipes u otro juego lúdico ( )	
5) Lee libros o revistas ( )	
6) Participa activamente en club de adulto mayor ( )	
10. ¿Cuál es el ingreso económico total en dólares mensual en su vivienda?	
(suma de todos los ingresos)_____dólares.	
Cuantas dependen de ese ingreso económico _____	
11.- ¿Por qué medio le gustaría recibir información sobre prevención de la depresión en el adulto mayor?	
1) Charlas ( )	3) Talleres ( )
2) Videos — debate ( )	4) Demostraciones ( )

<p>14.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir la información sobre la prevención de la depresión en el adulto mayor?</p> <p>1) Dos veces a la semana ( )</p> <p>2) Una vez a la semana ( )</p> <p>3) Una vez cada quince días ( )</p>
<p>12.- ¿A qué hora le gustaría recibir la información educativa?</p> <p>1) Mañana ( )                      2) Tarde ( )                      3) Noche ( )</p>
<p>13.- ¿Con cuánto tiempo usted considera que dispone para recibir la información?</p> <p>1) 20 minutos ( )</p>
<p>2) 25 minutos ( )</p> <p>3) 30 minutos ( )</p>
<p>15.- ¿En qué lugar le gustaría recibir la información sobre prevención de la depresión en el adulto mayor?</p> <p>1) Domicilio ( )                      2) Comunidad ( )                      3) Centro de salud ( )</p>
<p>16.- ¿Con cuantas personas le gustaría recibir la información?</p> <p>1) De 5 a 6 personas ( )                      3) De 9 a 10 personas ( )</p> <p>2) De 7 a 8 personas ( )</p>

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA**  
(versión española): **GDS-VE.**

1 ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Si	No
2 ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y adiciones?	Si	No
3 ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4 ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No
5 ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6 ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8 ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Si	No
9 ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas <b>nuevo</b>	Si	No
10 ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
11 ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Si	No
12 ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No
13 ¿Se siente lleno/a de energía?	Si	No
14 ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15 ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted†	Si	No
PUNTUACION TOTAL		
Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.		

TITULO:

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA  
PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
CENTRO DE SALUD PASCUALES

AUTORA:

VELOZ LEÓN CINTHIA AZUCENA

DIRECTORA:

ÚRGILES CARRIÓN BRENDA YESQUENY

GUAYAQUIL — ECUADOR

2021



**ESCUELA DE GRADUADOS**  
**EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SISTEMA DE POSGRADO**



Descripción de la problemática y su relación con el contexto.

La depresión en los adultos mayores es un problema de salud pública de gran magnitud y uno de los problemas psiquiátricos más comunes.

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

La estrategia educativa es definida como un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo, de la que se sirve el claustro para la transformación consciente de los modos de actuación del estudiante. Puede ser mediante la utilización de métodos participativos en el proceso enseñanza-aprendizaje. Significa aprovechar de forma planificada y sistemática las potencialidades educativas.

Las estrategias educativas permiten mejorar los estilos de vida, y de esta forma evitar enfermedades prevenibles.

Diagnóstico del estado real del objeto que será sujeto de la intervención y evidencias del problema

En el adulto mayor es a menudo difícil determinar el significado y la etiología de sus síntomas, por ejemplo, se sabe que el disturbio del sueño es una característica de depresión y puede ayudar a hacer el diagnóstico de depresión mayor en adultos jóvenes, pero es difícil evaluar este síntoma en un paciente adulto mayor quien tiene dificultades para dormir hace 10 años. Similar problema existe para síntomas depresivos tales como: pérdida de apetito, disminución de peso, pérdida de la concentración y fatiga

No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE. El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo.

La excelencia de la estrategia educativa se expresa en proporción directa a la eficiencia de los métodos e instrumentos que nos permitan constatar la calidad de los estudiantes. Presupone pues el diseño eficiente de las acciones idóneas para el fortalecimiento de valores humanos a través de sus componentes esenciales y la relación entre ellos

Una estrategia educativa se concibe como la determinación de los elementos básicos que ponen de manifiesto la dirección principal de la actividad educativa que sirve de sustento a la incorporación ininterrumpida y sistemática de todas las posibilidades educativas que brinda la propia vida del centro docente, el entorno social, la comunidad, el territorio, la sociedad y el mundo en cada momento y en cada lugar.

Planteamiento del objetivo general que se pretende alcanzar con la estrategia:

Prevenir la depresión y promover el bienestar psicológico en población adulta mayor con factores de riesgo.

Justificación de la estrategia educativa.

Esta estrategia educativa se justifica porque resulta necesario que los ancianos adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes pertinentes para hacer frente a esta época de transición. Durante esta etapa resulta primordial trabajar la aceptación del proceso de envejecimiento y los acontecimientos vitales, así como la adquisición de unos hábitos de vida saludables.

Duración total.

Tres semanas

Fecha del pre-test y fecha del pos-test Año 2021



**ESCUELA DE GRADUADOS**  
**EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SISTEMA DE POSGRADO**



**Planeación estratégica:**

Tema 1: Tema 1: ¿Qué es la Depresión?

1.1 : Subtema 1.1: Factores de riesgo

- Actividad 1: Charla
- Duración. 10 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 13:30 pm.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Cinthia Veloz León
- Recursos materiales: Infocus, computador, pendrive, trípticos, sillas

1.2 : Subtema 1.2: Síntomas de alerta

- Actividad 2. Charla
- Duración. 10 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 13:40 pm.
- Número de participantes. 10
- Responsable: Dra. Cinthia Veloz León
- Recursos materiales: Computador, proyector, sillas, pendrive, trípticos.

1.3 : Nombre del subtema 1.3: Consecuencias y tratamiento

- Actividad 3: Charla
- Duración. 10 minutos.

- Horario: 13:50 pm.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Cinthia Veloz León
- Recursos materiales: Sillas, computador, infocus, pendrive, trípticos.

Tema 2: Nombre del tema 2: Estilos de vida saludables.

- Actividad 1: Charla
- Duración: 30 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 14:00 pm
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dra. Cinthia Veloz León
- Recursos materiales: Sillas, computador, infocus, pendrive, papelògrafos, trípticos.

Tema 3: Nombre del tema 3. Envejecer, afrontar una nueva etapa

- Actividad 1 : Charla
- Duración. 30 minutos.
- Horario: 13:30.
- Número de participantes. 10
- Responsable: Dra. Cinthia Veloz León
- Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo, pizarrón.

### **Implementación de la estrategia**

Este diseño de estrategia de intervención educativa quedo conformada por tres sesiones, que se realizaran 1 vez por semana, con una duración de 30 minutos, en el horario de la tarde, en grupos de 10 pacientes, en el centro de salud Pascuales, los responsables serán profesionales de la salud.

### **Evaluación de la estrategia.**

La evaluación de la intervención resulta fundamental para valorar la consecución de los objetivos del programa. Se empleará una encuesta de evaluación para los asistentes, y además se ofrecerá la posibilidad de aportar alguna sugerencia en el cierre de las sesiones. Se analizarán los resultados obtenidos.

Se indagará acerca de los recursos empleados para el desarrollo de las charlas. Se valorará la adecuación de los recursos materiales (papelería, sillas), técnicos (computador) y humanos (profesionales) al programa.

Mediante la encuesta a los participantes se valorará la adecuación de la metodología empleada, la comunicación de los profesionales y la valoración del conocimiento adquirido. Por último, se evaluarán los resultados obtenidos en relación al objetivo planteado, lo que reflejará la efectividad de la intervención. A lo largo del programa, se analizarán el nivel de participación y motivación de los participantes en las actividades realizadas mediante la observación. Se valorarán aspectos como la adquisición de hábitos saludables, la presencia de sentimientos de tristeza y soledad y la visión que tienen acerca de la vejez.

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, Veloz León Cinthia Azucena, con C.C: # 1205967977, autora del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021, previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021

---

Nombre: Veloz León Cinthia Azucena  
C.C. **1205967977**



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
TEMA V S£IB7EhfA:	Diseño de una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021		
A£I7OR{ES)	Cinthia Azucena Veloz León		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Brenda Yesqueny Úrgiles Carrión		
INSTITUCION:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACfJL'fAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
'TITRO OB'£ENIDO:	Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACION:	20 de noviembre del 2021	No. DE PAGINAS:	80
AREAS 'TEMA'TICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátría, Medicina Interna		
<b>PALABRAS KEYWORDS:</b>	Depresión, prevención, adulto mayor, estrategia.		
<p><b>RESUMEN</b> Antecedentes: La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud. Además, hay que tener en cuenta que la mayoría de los ancianos con depresión no son diagnosticados y no reciben un tratamiento adecuado, con lo que es probable que se incremente el uso de servicios de salud y los costes asociados que conlleva.</p> <p><b>Métodos:</b> Investigación de tipo observacional, prospectiva, descriptiva, de corte transversal. Se recolectó información por medio de una encuesta elaborada por el autor, de las variables sociodemográficas y los componentes necesarios para diseñar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor.</p> <p><b>Resultados:</b> Los datos fueron recogidos de pacientes que pertenecen al consultorio 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales, a fin de elaborar una estrategia educativa para la prevención de la depresión en el adulto mayor, teniendo en cuenta que se tomó una población de estudio de 100 pacientes.</p> <p><b>Conclusiones:</b> En este estudio predominó el sexo femenino, el grupo quinquenal de 65 a 69 años de edad, la etnia mestiza, el ingreso económico adecuado, el estado civil más común fue casado, el nivel de escolaridad primaria terminada, la ocupación ama de casa y 42 de los pacientes presentaron depresión leve.</p>			
ADJUNTO PDF:	II	X SI	NU
CONTACTO CON AUTOR/ES:	U9897 J3633		E-mail: cinthia-veloz @outlook.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):•	Nombre: Dr. Landívar Varas Xavier Francisco		
	Teléfono' +fi93-4-3804600.ext: - 1811		1830
	E-mail: posgrados.medicinal ucsg.edu.ec		
SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACION:			
DIRECCION URL (tesis en la web):			