



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**NIVELES DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A
CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C
BASTIÓN POPULAR, CANTÓN GUAYAQUIL, 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

MONCAYO MARÍN DAVOR KENN

TUTOR

LIC. HERNÁNDEZ ORTIZ ADONIS FAUSTINO, Esp.

PERIODO ACADÉMICO

2022-2

TRIBUNAL DE GRADO



Lic. Milton Marcos González Santos, Mgt. Lic. Nancy M. Domínguez Rodríguez, MSc.

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

**DIRECTORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERIA**



Lic. Elena Pérez Pons, M.Sc
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Hernández Ortiz Adonis, Esp.
TUTOR



Abg. Luis Castro Martínez, Mgs
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación: **NIVELES DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C BASTIÓN POPULAR, CANTÓN GUAYAQUIL, 2022.** Elaborado por el Sr. MONCAYO MARIN DAVOR KENN, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERIA. FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
ADONIS FAUSTINO
HERNANDEZ ORTIZ

Lic. Hernández Ortiz Adonis Faustino, Esp.

TUTOR

DEDICATORIA

A mi padre, aquel que tuvo que viajar al otro lado del mundo, para poder brindarnos una mejor calidad de vida a nosotros, sus hijos; aquel que ha estado junto a mí espiritualmente, a pesar de la distancia que nos rodea.

A mi madre, la mujer por la cual hoy estoy aquí, aquella que fue mi motor para nunca abandonar a pesar de momentos duros que pasé en mi vida, la que fue mi bastón que me permitió obtener mi título profesional.

Moncayo Marín Davor Kenn

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena quien me abrió las arcas de sus instalaciones para poder prepararme profesionalmente en la carrera que amo, la que me brindó el proceso de aprendizaje y experiencia necesaria para ejercer esta labor tan hermosa bajo el mando de mis docentes y autoridades.

A Dios, por ser mi guía espiritual y mi compañía, quien estuvo conmigo en este proceso, quien no me abandonó cuando sufrí por estar lejos de mi familia, quien me brindó sabiduría y conocimiento, para poder llegar hasta este momento en mi formación profesional.

A mi familia, mis seres queridos y mi novia que han estado junto a mí en las buenas y en las malas que han sido un pilar fundamental, de cariño y apoyo incondicional para estar donde estoy ahora.

A mi tutor, el Lic. Adonis Hernández Ortiz, Esp, quien con su sabiduría, experiencia y conocimiento fue una parte fundamental para el correcto desarrollo de mi proyecto de titulación para obtención de mi título profesional.

Moncayo Marín Davor Kenn

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio Intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Moncayo Marín Davor Kenn

CI: 0925303877

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. El problema	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema.....	4
2. Objetivos de estudio	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Justificación.....	5
CAPÍTULO II.....	6
4. Marco teórico.....	6
4.1. Fundamentación referencial.....	6

4.2. Fundamentación Teórica.....	8
4.3. Fundamentación legal	20
5. Formulación de la hipótesis.....	24
5.1. Identificación y Clasificación de variables	24
5.1.1. Variable independiente	24
5.1.2. Variable dependiente	24
5.2. Operacionalización de variable.....	24
CAPÍTULO III	27
6. Diseño metodológico.....	27
6.1. Tipo de investigación	27
6.2. Método de Investigación.....	27
6.3. Población y Muestra.....	27
6.4. Tipo de muestreo.....	28
6.5. Técnicas recolección de datos.....	29
6.6. Instrumentos de recolección de datos	29
6.7. Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO IV	31
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	31
7.1 Análisis e interpretación de resultados.....	31
7.2. Comprobación de Hipótesis	37
7.3. Conclusiones	38
7.4. Recomendaciones.....	39
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
9. ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable independiente	25
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable dependiente.....	26
Tabla 3. Intervención educativa a adultos mayores.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de adultos mayores por edad y sexo.....	31
Gráfico 2. Distribución de adultos mayores estado civil y nivel de educación.....	32
Gráfico 3. Distribución de adultos mayores por situación laboral e ingresos mensuales	33
Gráfico 4. Distribución de adultos mayores por presencia de enfermedades crónicas y percepción de su salud mental	34
Gráfico 5. Niveles de depresión de adultos mayores.....	35

RESUMEN

Los adultos mayores integran los grupos de atención prioritaria debido a varios aspectos que condicionan su bienestar físico y psicosocial; en ellos, la depresión es un trastorno común basado en la tristeza que los lleva a aislarse, decaer, presentar síntomas físicos y en situaciones graves a autolesionarse. El objetivo de la investigación fue determinar los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil en el año 2022; la metodología fue no experimental, transversal, cuantitativa, descriptiva y deductiva, la muestra fue de 112 adultos mayores; los niveles de depresión fueron: moderada (73%), leve (15%) y muy severa (11%); mientras que únicamente el 1% obtuvo calificación de no deprimido. Se concluyó que casi todos los adultos mayores que conformaron la muestra presentaron síntomas depresivos, principalmente en nivel moderado y leve.

Palabras clave: Adultos mayores; Bienestar psicológico; Bienestar social; Depresión.

ABSTRACT

Older adults are part of the priority care groups due to several aspects that condition their physical and psychosocial well-being; In them, depression is a common disorder based on sadness that leads them to isolate themselves, decay, present physical symptoms and in serious situations to self-harm. The objective of the research was to determine the levels of depression of the elderly who attend the external consultation of the Type C Bastión Popular Health Center of the Guayaquil canton in the year 2022; the methodology was non-experimental, cross-sectional, quantitative, descriptive and deductive, the sample was 112 older adults; the levels of depression were: moderate (73%), mild (15%) and very severe (11%); while only 1% obtained a rating of not depressed. It was concluded that almost all the older adults that made up the sample presented depressive symptoms, mainly at a moderate and mild level.

Keywords: Older adults; Psychological well-being; Social welfare; Depression.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los trastornos depresivos son muy comunes a nivel mundial y afecta prácticamente a toda la sociedad indistintamente de su clase social, región, cultura, etc.; si bien esta enfermedad es asintomática desde el punto de vista biológico, principalmente en magnitud leve o en un corto tiempo de evolución, si que puede presentar alteraciones emocionales y conductuales que representan un riesgo muy significativo de autolesión y de suicidio en situaciones graves.

Los adultos mayores son un grupo etario muy complejo para tratar, debido a la edad avanzada, presencia de morbilidades crónicas de larga evolución con potenciales complicaciones producto de ello, cultura arraigada, así como problemas económicos, falta de compañía y apoyo social, entre otros; por lo que generalmente el abordaje de este grupo se realiza de manera integral y considerando la parte humana como eje central de intervención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), estimó que el 5.7% de adultos mayores padecen trastornos depresivos, lo que representa a aproximadamente 300 millones de personas de 60 años y más; de ellos, el 75% no son tratados, generalmente, los que viven en países con ingresos bajos y medianos como Ecuador; este organismo sugiere que las mujeres son especialmente más vulnerables a desarrollar esta patología.

El objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil en el año 2022; por lo que se identificaron las características demográficas de los mayores, se midió el nivel de depresión y se clasificó según su magnitud; por último, se aplicó una intervención educativa para lograr una reducción de la tristeza en este grupo poblacional.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

Según datos de la (OMS, 2021), la depresión es un trastorno mental que afecta al 5.7% de la población mayor a 60 años aproximándose a una cifra de 300 millones de personas, también es una de las principales razones de discapacidad y morbilidad, en mayor medida afecta a la población femenina, según el grado de severidad de esta enfermedad puede haber efectos negativos que pueden llevar incluso al suicidio, un dato clave es que más del 75% de las personas con depresión no están siendo tratadas en países de recursos medianos y bajos.

Además, (Ortega, 2021) explica que en España 1 de cada 4 adultos mayores sufrió depresión, así como aislamiento social y 1 de cada 5 tienen manifestaron soledad. Mientras que, a nivel de Latinoamérica, (Fleishman, 2017) menciona que en el continente, el 22% de las personas sufren de depresión o ansiedad y estos trastornos son causantes del 10% del total de las discapacidades; además, el autor menciona que únicamente se destina entre 1% y 5% de los presupuestos destinados para la salud en el abordaje de esta patología.

Por otra parte, (Calderón D. , 2018) expone estudios de prevalencia de depresión en el adulto mayor, donde en México llegó a afectar entre el 26% al 66%, en Perú al 15.97% en ancianos que se encuentran hospitalizados y 9.8% que están en comunidad, en Colombia hubo una prevalencia de 11.5% de mujeres, 4% de hombres y 47% de hospitalizados; mientras que en Chile los casos correspondieron a 7.6% y 16.3% de prevalencia en este grupo etario. Por otra parte, (Erazo y Fors, 2020), expusieron que Ecuador tiene el décimo lugar en los mayores índices de depresión del adulto mayor del continente.

En Perú, Magallanes (2021), realizó una investigación no experimental con enfoque cuantitativo en una población de 36 adultos mayores, encontrando que el 80,6% tienen depresión, en donde el 38,9 % se ve afectado el factor biológico y el 72,2% el factor social. Mientras que, en Ecuador, (Motoche, 2019), manifiesta que los adultos mayores son más susceptibles a sufrir de enfermedades mentales como la

depresión, por factores como maltrato físico, abandono, soledad, sentimiento de culpa e insomnio.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC, 2020), la proyección demográfica de personas con igual o mayor edad a 65 fue de 1'310.297 personas y en Guayas fue de 315.509. A lo largo de los años, en Ecuador, la esperanza de vida está en aumento, en este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2021) consideró que los hombres tenían una esperanza de vida de 80 años y las mujeres de 74.5 años.

Por tal motivo, se prevé que aumente la población de adultos mayores, de modo que hay que considerar las diversas dificultades que este grupo de edad presenta, ya que esta etapa comprende el envejecimiento y con ello, una especial vulnerabilidad en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales; en respuesta a asistir esa vulnerabilidad, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2017) consideró este grupo etario como grupo prioritario de atención pública.

La depresión consiste en un trastorno de la salud mental que se caracteriza principalmente por tristeza que altera el estilo de vida de las personas, en los hábitos diarios, en la capacidad de relacionarse, produce cansancio, fatiga y ansiedad. Esta patología es un problema médico que afecta no solo la salud física sino también el ámbito psicosocial, que en adultos mayores puede llegar a provocar ausentismo, enfermedades crónicas, baja autoestima, soledad y en casos graves hasta suicidio.

De este modo, se evidencia un problema que se encuentra inherente a la población adulta mayor ecuatoriana, no siendo excepción la ciudad de Guayaquil. En el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, la población mayor a 65 años asiste principalmente para realizarse controles de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, esclerosis, artritis, entre otros; no obstante, los niveles de depresión son desconocidos.

Las personas con estas patologías de base están expuestas a decaimiento en su salud física y mental, que pueden ir de la mano con aspectos más graves como el abandono, estrés, baja autoestima y descuido personal; por tal motivo, es importante conocer el nivel de depresión que tienen los adultos mayores que asisten a consulta externa de esta unidad operativa, puesto que es competencia del enfermero velar por la salud física, psicológica y social de las personas, sobre todo de las más vulnerables.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil en el año 2022?

2. Objetivos de estudio

2.1. Objetivo general

Determinar los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil en el año 2022.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- Establecer el nivel de depresión que más incidencia represente en la muestra de estudio.
- Aplicar intervención educativa dirigida a la reducción de los niveles de depresión en el adulto mayor.

3. Justificación

Esta investigación se justifica dado el elevado índice de depresión a nivel mundial en la población adulta y adulta mayor, que según la (OMS, 2021) afecta a alrededor de 300 millones de personas y que, en los países subdesarrollados, como Ecuador, la mayoría de estos pacientes no reconocen que padecen de este trastorno y por lo tanto no están recibiendo un tratamiento que puede evitar en muchos casos el suicidio.

Por otra parte, el grupo de edad de 65 y más años es catalogada por el (MSP, 2017) como grupo de atención prioritaria por su vulnerabilidad física, psicológica y social; dejando claros los derechos y obligaciones por parte del personal de salud en atender de manera integral a estas personas, sin dejar a un lado uno de los roles enfermeros que es la investigación para el beneficio explícito de esta población.

La presente investigación generará conocimiento científico sobre los niveles de depresión en el adulto mayor, así como elementos implícitos que se presentan en esta problemática, de modo que los resultados pueden permitir comparar y diferenciar este fenómeno con otros estudios en contextos diferentes, identificando las constantes sociodemográficas, de salud y funcionalidad que afectan a este grupo etario.

El estudio servirá como precedente y línea de base para futuras investigaciones donde se estudien las mismas o similares variables, por lo que es de importancia estadística para la comunidad científica.

CAPÍTULO II

4. Marco teórico

4.1. Fundamentación referencial

En España, (Molés et al., 2019), realizaron un estudio con la finalidad de establecer el índice de depresión y elementos relacionados a los adultos mayores superiores a 75 años, la metodología de estudio fue observacional, transversal y analítico, la muestra correspondió a 400 personas con edades superior a 75 años; obtuvieron como resultados un 30.5% de depresión, con una mayor prevalencia en mujeres (40.1%), el acompañamiento resultó influyente, ya que las personas solitarias tenían más depresión (26.6%), la buena percepción de salud se relaciona con menor índice de depresión.

En Cuba, (Valdés et al., 2017), tuvieron la finalidad de establecer el índice de depresión y elementos relacionados con alteraciones de la salud mental en ancianos; la metodología fue descriptiva transversal, con una muestra de 20 adultos mayores; los resultados reflejaron un 60% de incidencia de depresión y 95% de los participantes tuvieron enfermedades crónicas no transmisibles que se asociaron a alteraciones de la salud mental.

Por otra parte, en Chile, (Luengo et al., 2022), tuvieron como objetivo analizar la depresión y desesperanza en ancianos de una comunidad; la metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva y transversal, utilizaron una muestra de 78 personas que cumplieron los criterios de inclusión; entre los principales resultados, hallaron que un 24.4% del total de participantes tenían depresión leve, mientras que un 9% presentó depresión severa; de igual forma, la desesperanza leve tuvo una incidencia de 56.4%, moderada 23.1% y severa de 3.8%.

Mientras tanto, en Perú, (Runzer et al., 2017), establecieron la relación entre depresión y nivel de dependencia/funcionalidad en ancianos de un instituto geriátrico naval; la metodología fue de tipo retrospectivo, transversal y analítico, la muestra fue de 625 adultos mayores; los resultados reflejaron una relación significativa entre depresión y nivel de dependencia/funcionalidad tanto para las actividades básicas diarias, así como para las actividades instrumentales.

Adicionalmente, en Quito-Ecuador, (Calderón et al., 2018), tuvieron como objetivo determinar el índice de depresión y relacionarlo con elementos circundantes a adultos mayores que asistían a consulta externa de una institución de segundo nivel de atención; la metodología fue descriptiva y transversal, la muestra correspondió a 365 personas mayores de 65 años seleccionadas mediante muestro no probabilístico, los resultados expusieron un 25.8% de prevalencia de depresión, donde un 15% tuvieron síntomas leves; además 24.47% tuvieron episodios recurrentes.

Otra investigación en Quito, (Erazo y Fors, 2020), tuvieron como finalidad determinar el índice de depresión y los potenciales elementos relacionados a esta alteración, en ancianos de un hospital especializado en adultos mayores; la metodología fue observacional, se utilizó la escala Yesavage; los resultados reflejaron una prevalencia de 55% de depresión, presentándose en su mayoría en el sexo masculino con 59.2%, en sujetos divorciados y viudos con 72.7% y 72.1% respectivamente, educación secundaria con 67%, enfermos de Parkinson con 77.3%.

En Azuay, (Parada et al., 2022), tuvieron como objetivo describir la asociación entre depresión y alteración de estado mental en personas ancianas; la metodología que utilizaron fue de revisión bibliográfica, cualitativa y transversal; los resultados revelaron que la depresión y las alteraciones cognitivas tienen una relación significativa positiva, es decir, que en presencia de la una la otra también se evidencia, así como indirecta o negativa; los principales elementos que se asociaron a la relación fueron la edad, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como aspectos sociales y biológicos.

Por último, en Azogues, (Lliguisupa et al., 2020), tuvieron el objetivo de establecer los niveles de depresión en ancianos que se encontraban hospitalizados en medicina interna de un hospital de segundo nivel de atención; la metodología fue descriptiva y transversal, la muestra consistió en 82 personas mayores de 65 años; los principales resultados demostraron un 35.3% de depresión leve y 11% de depresión establecida, mientras que el 53.7% no tuvieron ninguna manifestación depresiva; se asoció el género femenino y el rango de edad entre 75 a 84 años como indicadores principales de depresión.

4.2. Fundamentación Teórica

4.2.1. Depresión

La depresión es un acúmulo de síntomas emocionales que producen tristeza persistente en un tiempo extendido de tiempo, llegando a convertirse incluso en tristeza crónica por el tiempo de evolución. Además, la depresión está caracterizada por bajos estados de ánimo, problemas con la conducta, cognición y actividad social; se relaciona directamente con alteraciones en el humor (Arrarás y Manrique, 2019).

La capacidad funcional de una persona deprimida es menos efectiva que la de una persona no deprimida, esto se asocia por las emociones de melancolía, tristeza, poca felicidad, sentimientos de soledad, entre otros (Pérez et al., 2017). Es normal sentir un poco de tristeza de acuerdo con las emociones y acontecimientos diarios que experimenta un individuo, no obstante, es un problema cuando ese sentimiento persiste por un largo tiempo.

Se diagnostica depresión cuando estos sentimientos y emociones interfieren en el normal comportamiento de una persona, por ejemplo, en escenarios de estrés como el trabajo, las personas depresivas desarrollan otros sentimientos como ira, frustración y despersonalización, que se hacen presente incluso mucho después de ocurrido el evento que ocasionó dicho estrés (Vergel y Barrera, 2021).

Los síntomas que frecuentemente se asocian a estado depresivo es la irritabilidad, tristeza, somnolencia, insomnio, aumento o disminución del apetito, aumento o disminución del peso, fatiga, debilidad general, baja autoestima, déficit de concentración, ansiedad, comportamiento pasivo, falta de motivación para realizar las actividades que comúnmente generan placer o felicidad, soledad, desesperanza, pensamientos autolesivos o de suicidio (Kirk, 2021).

Los principales tipos de depresión según su cronicidad son la depresión mayor que es sentimientos de tristeza, frustración e ira en periodo igual o mayor a 2 semanas; otro tipo es el trastorno depresivo persistente, este por lo general suele llegar a durar hasta dos años, este tipo se caracteriza por una alteración de la intensidad de los síntomas, puesto que pueden en algunos momentos presentarse momentos de intensidad severa que pueden conducir al suicidio o momentos de baja intensidad donde difícilmente se puede detectar al estado de ánimo depresivo.

Adicionalmente, suele presentarse el término depresión posparto que es el estado de ánimo depresivo posterior al parto producto del impacto que genera la nueva etapa materna y factores del entorno condicionantes para la salud mental de las mujeres. Otro es el trastorno afectivo estacional, cuyo nombre se origina ya que la depresión se presenta en estaciones específicas como otoño e invierno y suele desaparecer en primavera y verano, asociando principalmente al clima o entorno físico como principal condicionante de este trastorno.

Por otra parte, la depresión mayor con características psicóticas es un tipo de depresión que hace alusión a un estado de pérdida de la consciencia o la realidad a más de un estado de tristeza prolongado. Mientras que el trastorno bipolar, es un estado en el que se incluye a la manía o preocupación exagerada sobre algún tema, persona, lugar o evento específico (De la Serna, 2017).

En la depresión se hace presente el factor hereditario, por lo que los hijos de padres depresivos tienen mayor posibilidad de padecer depresión que otros individuos que no sufren de este trastorno, se asocian también a comportamientos, cultura, conductas y hábitos que se imparten en el hogar, sitio de crianza, experiencias y hechos estresantes o impactantes que pueden condicionar a las generaciones (Engelke, 2021).

Varios son los aspectos que condicionan la presencia de depresión en una persona, suelen ser hábitos nocivos como la ingesta exacerbada de alcohol o drogas, condiciones médicas crónicas como SIDA, cáncer, enfermedades crónicas no transmisibles o catastróficas, experiencias o acontecimientos impactantes como divorcio, duelo, abuso físico o sexual, aislamiento, entre otros.

4.2.1.1. Niveles de depresión

La depresión se clasifica en niveles que permiten medir el riesgo de complicaciones o conductas que afecten la integridad de un individuo, según (Calderón et al., 2021), se puede considerar los baremos de acuerdo con la Escala de Depresión de Hamilton o HDRS por sus siglas en inglés: deprimido: 0-7, depresión ligera/menor: 8-13, depresión moderada: 14-18, depresión severa: 19-22 y depresión muy severa: puntuación mayor a 23.

4.2.1.1.1. Humor depresivo

El estado de ánimo o humor depresivo consiste en una sensación de pesimismo, negatividad, desesperanza y tristeza; se asocia a situaciones impactantes donde una persona abandona sus ganas de vivir, debido a falta de moral, motivación, estímulos que le permitan tener ánimo para enfrentar las actividades cotidianas; las personas con este sentimiento se sienten abandonadas, con dolor emocional, no conciben un mayor sufrimiento que ese. Este estado también está relacionado con el duelo, conductas impulsivas y autodestructivas (Lorenzo, 2021).

En este estado de ánimo la persona no concibe la idea de placer o de sentir felicidad, es decir, no presenta el más mínimo rasgo de sensibilidad; de modo que las personas con esta característica tienen sentimientos mortificantes o de culpa, que les hace reducir la capacidad de sentir placer (Amaral et al., 2020). Esta sensación suele estar acompañado de otros síntomas somáticos que contrarrestan la sensibilidad del placer, como son dolor de diferentes diversidades e intensidades como dolor moral y dolor físico.

Por lo general las personas suelen presentar rigidez, debilidad, cefalea, dolor en la cara, dolor precordial, estomacal, en la región dorsal; así como sensación de hormigueos en la cara, extremidades inferiores y superiores, en la zona genital y rectal; estos síntomas en conjunto provocan una incomodidad general que suelen agudizar los síntomas emocionales. Manifestaciones del humor depresivo son quejas, llanto, gemidos, ansiedad y sollozos (Montoiro et al., 2019).

4.2.1.1.2. Sentimientos de culpa

La culpa es una sensación de poco placer que incluye tristeza, angustia, frustración, impotencia o remordimiento, entre otras, así como de emociones poco productivas; se suele manifestar de diferente forma según el tiempo de evolución. Por lo que se suele sentir culpa por eventos que se hicieron o no en el pasado, eventos que se están o no se están realizando en el presente y eventos o hechos que se realizarán o no en el futuro.

Este mecanismo surge por medio de una omisión, donde se aplica un juicio moral en la propia conducta, que concluye en la sensación de que se ha cometido un error; esto es un proceso subjetivo que va condicionado de la forma en como se interprete y cómo se evalúen las circunstancias o elementos que llevaron a tomar determinada decisión (Goncalvez, 2019).

4.2.1.1.3. Suicidio

Consiste en el hecho consciente de una persona de atentar contra su propia vida, este acto puede ser realizado bajo cualquier circunstancia que tenga como finalidad cegar la vida de ese individuo, ejemplos de ello es la ingesta dosis altas de medicamentos, provocar un accidente de tránsito, autolesionarse hasta provocar la muerte, apretar el gatillo, entre otros (Levé, 2017).

El intento de suicidio es la intención de una persona de atentar contra su propia vida, sin tener el resultado efectivo. Los problemas derivador de esta conducta irracional afectan no solo a la persona que comete el acto sino a todo el núcleo social y familiar, así como a la comunidad. Por lo general hay ciertas condiciones que son los detonantes de suicidio, como el trastorno bipolar, depresión, ingesta de drogas o alcohol, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, persona abusada sexual o físicamente y problemas financieros.

Las personas que cometen estos actos desesperados se quedan sin posibilidades de afrontar circunstancias dado la magnitud de un problema o la capacidad del individuo en afrontarla; desde esta perspectiva, los suicidas pueden buscar esta alternativa ya que precisan de alivio por la vergüenza de representar una carga a otros, por ser víctimas, por sentir rechazo de la sociedad, por sentimientos de soledad.

Además, los suicidas suelen recurrir a eso como consecuencia de agobio ante el envejecimiento, duelo, consumo de drogas o alcohol, traumas emocionales, discapacidades o enfermedades que impiden desenvolverse normalmente en la vida diaria, situaciones desesperantes como el desempleo o problemas financieros. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de suicidio y mucho más los que tienen acceso a armas de fuego, historial de suicidio en la familia, precedente de autolesión, precedente de abandono, entre otros (Carrasco, 2021).

La constante en los suicidios consiste en acabar con la vida de la manera menos fatal como por envenenamiento o sobredosis, estadísticamente los hombres lo hacen con mayor violencia que las mujeres. Asimismo, el comportamiento común de estas personas previo al suicidio es déficit de concentración ante tareas básicas, regalo de pertenencias, cambios en el comportamiento y hábitos (Durkheim, 2017).

4.2.1.1.4. Insomnio precoz

El insomnio consiste en la baja o nula capacidad que tiene una persona para conciliar el sueño, también se manifiesta como interrupciones constantes del sueño, por factores que no tienen que ver con el entorno de descanso (Castellanos et al., 2022). El insomnio se puede presentar en diferentes grados de acuerdo con la forma como afecta el sueño y descanso. En el caso del insomnio precoz consiste en el hábito de despertarse antes de la hora esperada o el tiempo necesario para completar un buen descanso.

4.2.1.1.5. Insomnio intermedio

Este tipo de insomnio hace referencia al hábito de despertarse por reiteradas ocasiones durante el momento de descanso o incapacidad de la persona para conciliar el sueño ininterrumpidamente; en este caso el individuo no logra dormir fácilmente y cuando lo logra es muy susceptible a interrumpir el descanso; este tipo de insomnio hace que el descanso no sea placentero y genera una sensación de cansancio y fatiga durante el día (Chávez et al., 2017).

4.2.1.1.6. Insomnio tardío

A diferencia del intermedio y el precoz, el insomnio tardío consiste en la sensación de cansancio y fatiga que no cesa a pesar de que se pudo conciliar el sueño, por lo general este tipo de insomnio es provocado por factores como estrés, ansiedad y depresión; también se afecta la duración del sueño, ya que estos trastornos imposibilitan la capacidad de dormir del individuo (Gallego et al., 2017).

4.2.1.1.7. Trabajo y actividades

El indicador trabajo y actividades hace referencia a las acciones que ejecutan las personas y la capacidad con la que pueden hacer frente a las tareas del ámbito laboral y del hogar. Ante la presencia de factores que alteran el estado emocional de una persona, se valora el nivel en que puede desempeñar sus actividades diarias para analizar si hay afectación y en qué grado se presenta.

4.2.1.1.8. Inhibición psicomotriz

Consiste en el trastorno de la reducción de la actividad motora, acompañado por hipertonía muscular, lo cual genera rigidez, así como incapacidad para desenvolverse normalmente incluso en actividades básicas; a nivel psicológico se manifiesta como

timidez y pasividad (Levin, 2021). La etiología de esta confición es variada, puede deberse a factores genéticos, neurobiológicos y psicoemocionales que afectan en diferente forma al aparato muscular y sistema nervioso.

4.2.1.1.9. Agitación psicomotora

Este indicador hace referencia al estado de hiperactividad motriz con movimientos descoordinados y sin finalidad alguna, que, desde el punto de vista del observador, es exagerado o pasado de normal, dado el contexto o lugar donde se presenta (Martínez R. , 2017). Se atribuye este estado a una respuesta de agresividad, acompañada de múltiples signos y síntomas tanto psiquiátricos como somáticos. Es considerado una emergencia médica, se presenta en diferente intensidad y depende del estímulo o razón por la cual se presenta.

Este estado es un problema ya que conforma un riesgo de autolesiones y de lesiones a terceros, incluyendo al personal que presta la atención médica; de modo que se vuelve trascendental la valoración para distinguir lo que es una agitación fisiológica o patológica psiquiátrica. También, es importante distinguir la agitación de un cuadro confusional agudo o delirio.

4.2.1.1.10. Ansiedad psíquica

La ansiedad psicoemocional, es un trastorno poco agradable que consiste en una sensación de peligro, riesgo, tensión o aprensión, que generan paralización neuromuscular, dificultad para concentrarse, para tomar decisiones acertadas, entre otros; cabe destacar que incluso el individuo que siente ansiedad no tiene claro la causa de esta y generalmente lo asocia a hechos irracionales o inexistentes (Etchebame et al., 2019).

4.2.1.1.11. Ansiedad somática

Esta alternante de la ansiedad se diferencia de la anterior porque se origina a partir de signos y síntomas físicos; en este caso, la persona suele tener pensamientos, sensaciones y comportamientos intensos asociados a síntomas como dolores musculares, de modo que le imposibilitan realizar las actividades de la vida diaria; además concluyen que esos síntomas son mortales (Moran y Toner, 2017).

Las personas que sufren este tipo de ansiedad son renuentes a aceptar el dictamen médico, incluso cuando se les presenta evidencia como resultados de exámenes de laboratorio; cabe aclarar que esos síntomas son reales y pueden ser causados por una

enfermedad de base, pero eso no llega a justificar la exagerada reacción y conducta que tienen ellos con estos síntomas.

4.2.1.1.12. Síntomas somáticos gastrointestinales

De acuerdo con (Pérez et al., 2021), los síntomas pueden presentarse en diferente intensidad y variedad como: náuseas, vómitos, diarrea, flatulencias; mientras que los síntomas pseudoneurológicos que se presentan como consecuencia de los gastrointestinales son: alteraciones de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular, dificultad para tragar, sensación de nudo en la garganta. Todos los síntomas no se explican por la presencia de una enfermedad médica o por los efectos directos de drogas o fármacos. En el caso, de que exista una enfermedad física, los síntomas y el deterioro producido por los mismos, son excesivos.

4.2.1.1.13. Síntomas somáticos generales

El indicador síntomas somáticos generales hacer referencia a sensaciones como dolor o dificultad para respirar, así como cansancio o debilidad. No están relacionados con una causa médica identificable, o se relacionan con un trastorno médico como el cáncer o la enfermedad cardíaca, pero influyen mucho sobre el estado de salud que percibe el propio individuo que lo padece (Quevedo et al., 2018).

En el caso de personas con pensamientos desproporcionados persistentes, tienden a exagerar sobre la gravedad de los síntomas que tienen. Los síntomas se presentan como sensaciones corporales normales, aunque suelen generar un malestar que no precisamente significa una enfermedad grave (OMS, 2020). En estos casos, los individuos tienen niveles muy elevados de preocupación por la enfermedad porque piensan lo peor sobre su salud y llegan a experimentar niveles de ansiedad elevados. Además, dedican tiempo y energía excesivos en relación con esos síntomas, a tal punto que se convierten en el eje central de sus vidas, interfiriendo negativamente en ellos mismos y la relación que mantienen con su entorno (Guarín et al., 2020).

4.2.1.1.14. Síntomas genitales

Los síntomas genitales que se valoran en la escala de Hamilton consisten en la pérdida de la libido o disminución del impulso y deseo sexual. Las posibles causas incluyen factores psicoemocionales como depresión, ansiedad o problemas de relación, fármacos y niveles bajos de testosterona en sangre (Silva, 2020). Otro síntoma es el

trastorno en la menstruación manifestándose principalmente con hemorragia irregular, donde es normal una pérdida regular de sangre; pero cualquier pérdida uterina exagerada se considera anormal (Monterrosa et al., 2022).

4.2.1.1.15. Hipocondría

La hipocondría consiste en la obsesión que tienen las personas con el tema de la enfermedad, es un estado en el que el individuo piensa que está enfermo o se preocupa exageradamente por varios factores que pueden alterar su salud. Es normal que las personas tengan episodios breves o crónicos de enfermedad, no obstante, no es normal una preocupación y temor excesivo por esta probabilidad inalterable. Cuando una persona hipocondríaca se enferma, esta suele magnificar o exacerbar los síntomas creyendo que incluso pueden llegar a representar un alto riesgo de muerte; incluso suelen confundir síntomas fisiológicos normales como la sudoración y fiebre con síntomas de una enfermedad grave (Dolores, 2017).

4.2.1.1.16. Pérdida de peso

El indicador pérdida de peso hace referencia a la reducción del peso corporal, la forma en que se mide este aspecto es en relación con un peso base tomado antes de la nueva medición, por lo que al comparar ambas, se puede valorar si existe o no una pérdida de peso. Por lo general se atribuye a la pérdida de 10 libras o 5% del peso corporal normal en el periodo comprendido de 6 a 12 meses o menos sin tener una patología base (Martín et al., 2020).

4.2.1. 1.17. Introspección

La introspección comprende una forma de entender el presente basado en acontecimientos recientes, es una forma de pensamiento retrospectivo o introspectivos. Este indicador hace referencia a la capacidad de la persona en poner atención a su estado de salud mental y emocional en base a los acontecimientos recientes que ha tenido y lo que ha significado eso para la forma de pensar y actuar (Johnson et al., 2020).

4.2.2. Adulto mayor

Según la Constitución de la República del Ecuador (2008), los adultos mayores son las personas con igual o más edad que 65 años. Las personas con edad avanzada desarrollan patologías crónicas que afectan principalmente el sistema cardiovascular,

como la diabetes e hipertensión arterial; además, son especialmente vulnerables a problemas de salud, tanto física como psicosocial (Martínez et al., 2018).

Adicionalmente, de acuerdo con (Parada et al., 2022), durante esta edad se presenta un mayor deterioro cognitivo, de modo que la depresión es un trastorno frecuente a medida que pasan los años, afectando la calidad de vida de la población adulta mayor. Según la (OMS, 2022), en el año 2020 la población de personas mayores a 60 años fue de 1000 millones; no obstante, esa población se duplicará a 2100 millones para el año 2050.

4.2.2.1. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas son aquellos rasgos distintivos que permiten clasificar u organizar a una población, aquí se evalúa la edad, el sexo, el índice de educación, nivel de ingresos económicos, estado civil, entre otros. La importancia de clasificar a una población radica en el hecho de distinguir población susceptible a mayor riesgo de otros con menor riesgo, tanto para enfermedades, así como para situaciones y dificultades sociales.

4.2.2.1.1. Ingresos mensuales del adulto mayor

Los ingresos mensuales incluyen todo el dinero que reciben los adultos mayores en un mes por diferentes conceptos; a partir de la capacidad de cubrir los gastos básicos mensuales se puede clasificar los ingresos como buenos o sin problemas para cubrir los gastos, medios o leves dificultades para cubrir los gastos y bajos o grandes dificultades para cubrir los gastos esenciales (Ortiz et al., 2017).

Según (Pavón et al., 2017), el ingreso mensual reportado por adultos mayores suele ser de \$212.11; mientras que el gasto de bolsillo mensual que tienen respecto a la salud es de \$64.8. De este modo se puede analizar que los adultos mayores cuando tienen la posibilidad de invertir en su salud lo hacen sin dudar, incluso teniendo la oportunidad de acudir por servicios estatales gratuitos (Quispe et al., 2021).

4.2.2.1.2. Nivel de instrucción educativa

Este indicador hace referencia al grado más alto de estudios realizados o que están cursando, descartando los estudios provisionales o incompletos. Las escalas son: primaria, secundaria, universitaria o sin estudios haciendo alusión a la falta de cualquier educación formal. Según (González, 2018), es importante que el adulto mayor tenga un

mínimo de nivel educativo para que pueda adoptar medidas que favorezcan su salud física.

4.2.2.1.3. Empleo

El indicador empleo hace referencia al estado laboral del individuo, de modo que se puede establecer si está o no laborando; este dato es importante ya que demuestra además el nivel de ocupación y de integración social que tiene el adulto mayor; así como la capacidad que tiene de generar sus propios ingresos (Robledo et al., 2019).

4.2.2.2. *Estado de salud*

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Peñata et al., 2017). El indicador estado de salud hace referencia a la presencia o ausencia de enfermedades crónicas y a la percepción que el paciente tiene sobre su estado de salud físico, psicológico y social (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020).

4.2.2.2.1. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son aquellas patologías que tienen un largo tiempo de evolución, así como es el resultado de una combinación de elementos hereditarios, fisiológicos, ambientales y de comportamiento (Serra et al., 2018); una característica que puede presentarse en estas enfermedades consiste en el hecho de que no tienen cura, son principalmente la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad renal, entre otras (Ardila, 2018).

4.2.2.2.3. Percepción de salud

El indicador percepción de salud hace referencia a la forma en como las personas analizan su propio estado de salud física y psicosocial; esta forma está influenciada por diversos elementos como el entorno, el aspecto cultural basado en costumbres hábitos, tradiciones; las condiciones socioeconómicas como la capacidad de adquirir medicamentos o alimentos para mantenerse sano, entre otros (López et al., 2019). La percepción puede ser mala, regular o buena.

4.2.3. *Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender*

Esta teoría aporta al presente estudio proporcionando las bases teóricas de salud, persona, entorno y enfermería, elementos que conforman el paradigma de la profesión enfermera; asimismo, es importante aplicar este método ya que direcciona la actuación de enfermería en base a la problemática de la depresión hallada; por lo que uno de los objetivos se centra en la reducción de los niveles de este trastorno.

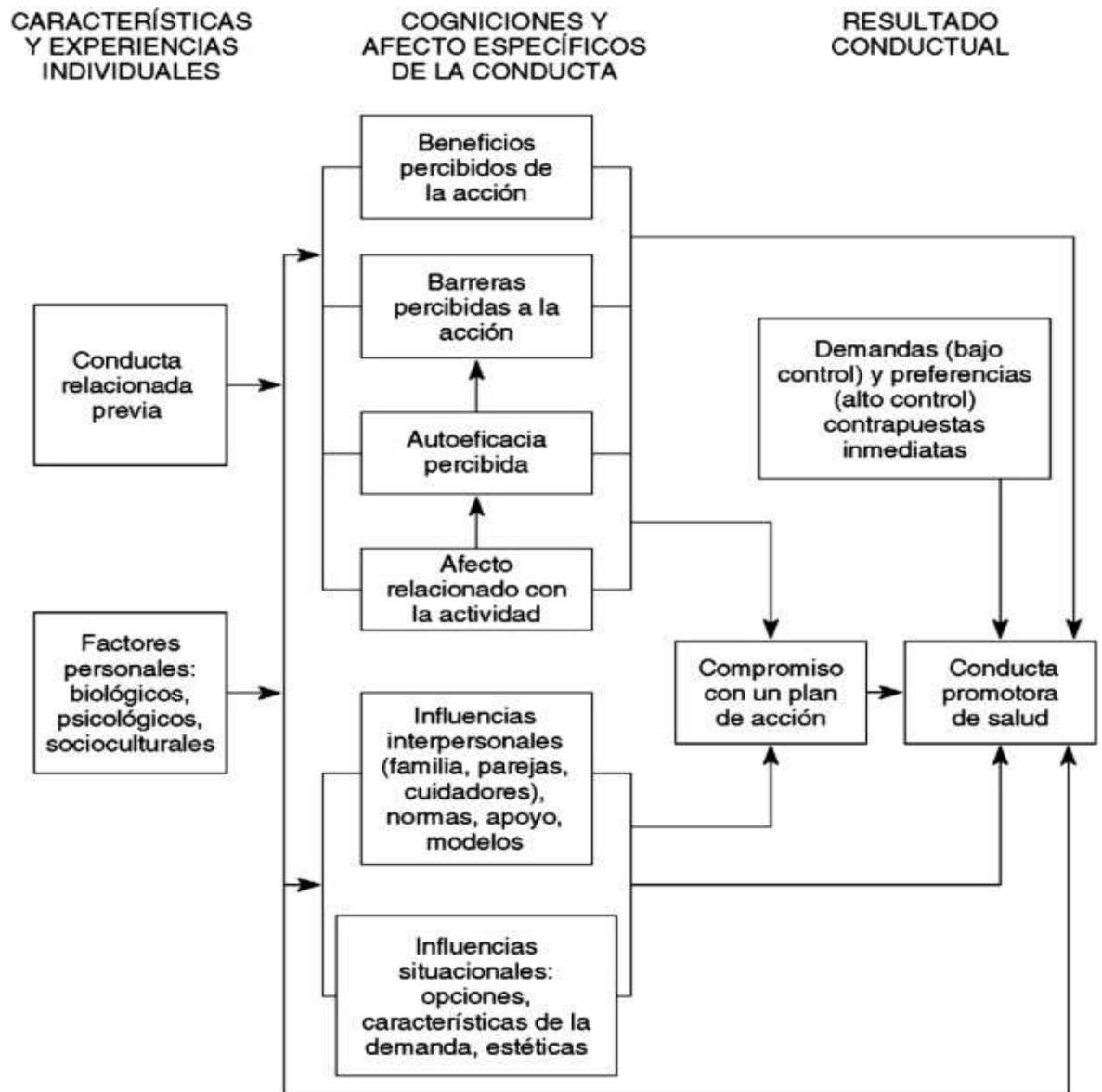
Pender basó sus teorías en 3 modelos que son la Acción Razonada de Aizen y Fishben, quienes sugieren que la conducta de un individuo está condicionada en la lógica y el propósito; seguido del modelo de la Acción Planteada, esta teoría sugiere que una conducta se desarrolla de mejor manera cuando la persona tiene un entero control sobre sus acciones; además la tercera teoría es la Social-Cognitiva de Albert Bandura, quien sugirió que la auto - eficacia es un elemento influyente para la conducta humana (Cayetano et al., 2020).

En la ilustración 1 se observa el modelo de Pender el cual es un proceso que empieza considerando las características y experiencias individuales, donde se incluye una conducta previa relacionada que no es afín a la salud, donde se toma en consideración aspectos individuales como la biología, cultura y psicología; de igual forma, en la siguiente fase del proceso se incluyen a las cogniciones y aspectos específicos del comportamiento, es prácticamente los aspectos del entorno que limitan la acción o alteran la conducta, estos son los beneficios que la persona percibe sobre la conducta, las barreras que tiene para ejecutarla, el grado de autoeficacia y el afecto relacionado con esa acción (Fernández et al., 2020).

También, en esta fase participan las terceras personas como la familia, amigos y grupos sociales que pueden interceder en la toma de decisión de un individuo; así como eventos o situaciones únicas como características de la experiencia, entre otras. Por último, como resultado conductual se tienen las demandas que deben haberse controlado para ese entonces y las preferencias de la persona, en esta fase debe existir un compromiso con un plan de acción para modificar la conducta en cuestión, se termina ejecutando la actividad de educación que permita al usuario contrarrestar la debilidad en la conducta de salud (Raile y Marriner, 2018).

Ilustración 1.

Modelo de Promoción de la salud de Nola J. Pender



Fuente: Sakraida, T.J. (2011). Modelo de promoción de la salud. En Teorías de Enfermería (pág. 434-444) España: Elsevier.

4.3. Fundamentación legal

Constitución De La República Del Ecuador (2008 con reformas en 2011, 2014 y 2018). Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección 1. Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

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

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica.
El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
6. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
7. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Art. 22.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a. El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
- b. Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c. La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d. La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
- e. La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad;

Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores (2019)

Art. 16.- Derecho a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito de

lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su desarrollo personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal.

Para asegurar el derecho a una vida digna, a todas las personas adultas mayores se les asegurará el cuidado y protección de sus familiares, para lo cual, en caso de no existir consenso entre los obligados, el juez de familia, mujer, niñez y adolescencia, dispondrá su custodia y regulará las visitas. En todos los casos se respetará la opinión de la persona adulta mayor, cuando esté en capacidad de emitirla. El Juez podrá impartir medidas de protección hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, de conformidad a lo establecido en la presente Ley y su Reglamento.

Sección XI del Derecho a la Salud Integral, Física, Mental, Sexual y Reproductiva

Art. 42.- Del derecho a la salud integral. El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. El Estado desarrollará acciones que optimicen las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas mayores, con especial énfasis en actividades de promoción de la salud mental, salud sexual y salud reproductiva, nutrición, actividad física y recreativa en la población adulto mayor.

De conformidad con la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica se prohíbe a dichas empresas negar el servicio a las personas adultas mayores, a quienes deberá darse atención preferencial y especializada. En caso de incumplimiento, se procederá conforme a los procedimientos y sanciones establecidos en la mencionada ley.

Título IV Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las personas Adultas Mayores

Art. 89.- Modalidades para la atención integral. Deberán implementarse progresivamente las siguientes modalidades de atención:

c) Espacios de socialización y de encuentro: Son servicios destinados a propiciar el encuentro, la socialización y la recreación de personas adultas mayores que conserven su autonomía; tendientes a la convivencia, participación y solidaridad, así como la promoción del envejecimiento positivo y saludable.

5. Formulación de la hipótesis

El nivel de depresión es moderado en los adultos mayores que acuden a consulta externa del Centro de salud tipo C de bastión popular, Cantón Guayaquil, 2022.

5.1. Identificación y Clasificación de variables

5.1.1. Variable independiente

Depresión

5.1.2. Variable dependiente

Adultos mayores

5.2. Operacionalización de variable

Tabla 1.*Matriz de operacionalización de la variable independiente*

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El nivel de depresión es moderado en los adultos mayores que acuden a consulta externa del Centro de salud tipo C de bastión popular, Cantón Guayaquil, 2022.	Depresión	La depresión es un trastorno mental que puede presentarse de corta y larga evolución, se caracteriza por emociones depresivas y de tristeza, afectando el pensamiento y comportamiento del individuo.	Nivel de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Humor depresivo • Sentimientos de culpa • Suicidio • Insomnio precoz • Insomnio intermedio • Insomnio tardío • Trabajo y actividades • Inhibición psicomotora • Agitación psicomotora • Ansiedad psíquica • Ansiedad somática • Síntomas somáticos gastrointestinales • Síntomas somáticos generales • Síntomas genitales • Hipocondría • Pérdida de peso • Introspección 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

Elaborado por: Moncayo Marín Davor Kenn

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la variable dependiente

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		
			DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El nivel de depresión es moderado en los adultos mayores que acuden a consulta externa del Centro de salud tipo C de bastión popular, Cantón Guayaquil, 2022.	Adulto mayor	Los adultos mayores son aquellas personas por encima de 65 años, pertenecen al grupo prioritario de atención de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Ingresos mensuales • Nivel de educación • Empleo 	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
			Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas • Percepción de salud 	

Elaborado por: Moncayo Marín Davor Kenn

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de investigación

El diseño del estudio es no experimental, puesto que no se manipularon las variables de estudio, únicamente se describió la depresión en los adultos mayores en torno a la realidad observada en el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular; el enfoque utilizado es el cuantitativo, puesto que se utiliza un cuestionario para la obtención de datos que son procesados de modo numérico.

El nivel del estudio es descriptivo, ya que se describieron las variables depresión y adulto mayor para un completo entendimiento del problema. Además, el corte fue transversal debido a que la recolección de datos se llevó a cabo en un tiempo y lugar determinado, siendo los meses de agosto a noviembre del 2022 en el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular. La unidad de análisis corresponde a los adultos mayores o sujetos de estudio.

6.2. Método de Investigación

El método utilizado es el deductivo, puesto que se realizaron conclusiones particulares o específicas a partir de premisas o hechos generales. Esta estrategia fue usada para deducir los niveles de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, así como los elementos que influyen en la evolución de este trastorno y las estrategias adecuadas para disminuir los niveles.

6.3. Población y Muestra

Para el presente trabajo investigativo se tomó en consideración a la población total de adultos mayores, cuya cobertura pertenece al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, según datos del departamento de estadística de esta unidad operativa comprende la cantidad de 157 adultos mayores; por lo que se procede a utilizar una fórmula finita para el cálculo de la muestra:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{157(0.5 * 0.5)}{(157 - 1) \cdot (0.05)^2}$$

$$n = \frac{157(0.25)}{(156)(0.0025)} + 0.25$$

$$n = \frac{39.25}{0.39} + 0.25$$

$$n = \frac{39.25}{0.102} + 0.25$$

$$n = \frac{39.25}{0.352}$$

$$n = 112$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 - p).

De este modo, queda definida la muestra de estudio a 112 adultos mayores a quienes se aplicará la técnica de recolección de datos.

6.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es el probabilístico aleatorio simple, dado que toda la población de adultos mayores tuvo la misma posibilidad de ser seleccionada para participar en la investigación; los criterios mencionados a continuación permitieron distinguir efectivamente a la muestra de otras poblaciones:

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores entre 65 a 85 años
- Adultos mayores de ambos sexos
- Que pertenezcan a los sectores que abarca el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular

- Que dispongan o no de comorbilidades
- Adultos mayores en estado de vulnerabilidad

Criterios de exclusión:

- Otros grupos etarios que no estén en el rango de edad entre 65 a 85 años
- Participantes que no estén radicados en los sectores que cubre el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular
- Adultos mayores que no desean colaborar con la investigación
- Adultos mayores en estado vegetal

6.5. Técnicas recolección de datos

La técnica que se utilizó es la encuesta, dado que se utilizó para obtener datos mediante preguntas estructuradas en formatos de respuestas con escalas de tipo nominal y ordinal; la encuesta constó con una sección de instrucciones donde se orientó a los participantes sobre el estudio en cuestión, seguido de un apartado de datos sociodemográficos y sobre el estado de salud de los adultos mayores y el cuestionario de la Escala de Hamilton para evaluar el nivel de depresión.

6.6. Instrumentos de recolección de datos

Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD); esta escala mide los síntomas ansiosos y el distrés somático, herramientas que proporcionan datos reales sobre la presencia o ausencia de depresión. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22 y Depresión muy severa: puntuación mayor a 23.

6.7. Aspectos éticos

Los aspectos éticos utilizados en esta investigación consisten en la aprobación de este proyecto por parte de un comité de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, seguido de la autorización que otorgó la

institución para recoger la información en sus instalaciones, así como el consentimiento informado que se obtuvo de los participantes que voluntariamente formaron parte del estudio.

CAPÍTULO IV

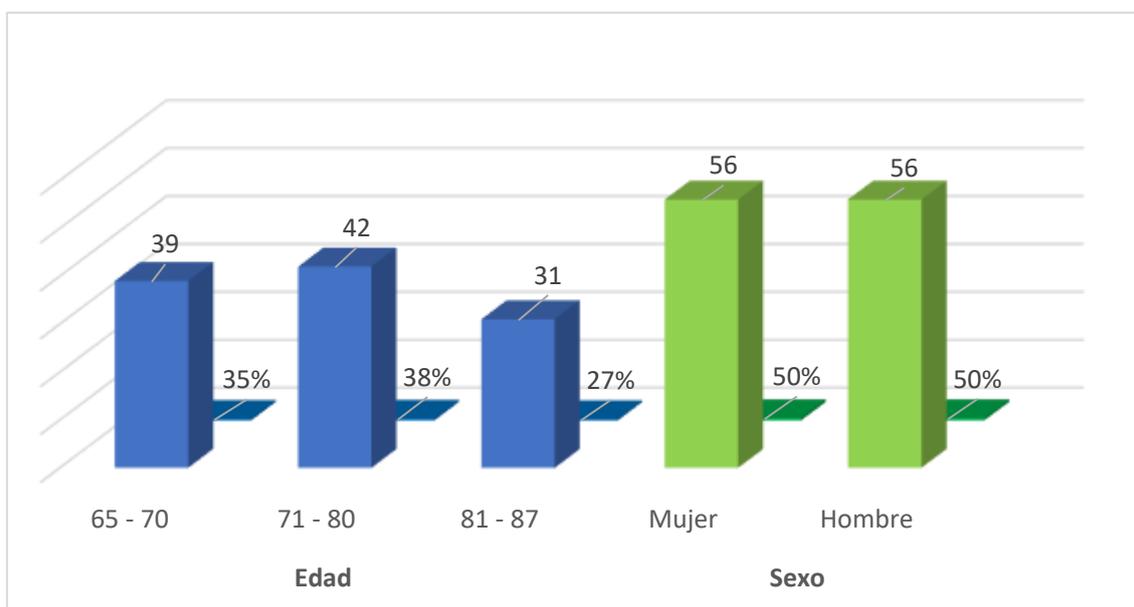
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1 Análisis e interpretación de resultados

Para dar respuesta al primer objetivo específico, que consistió en identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores; se obtuvieron los siguientes gráficos:

Gráfico 1.

Distribución de adultos mayores por edad y sexo

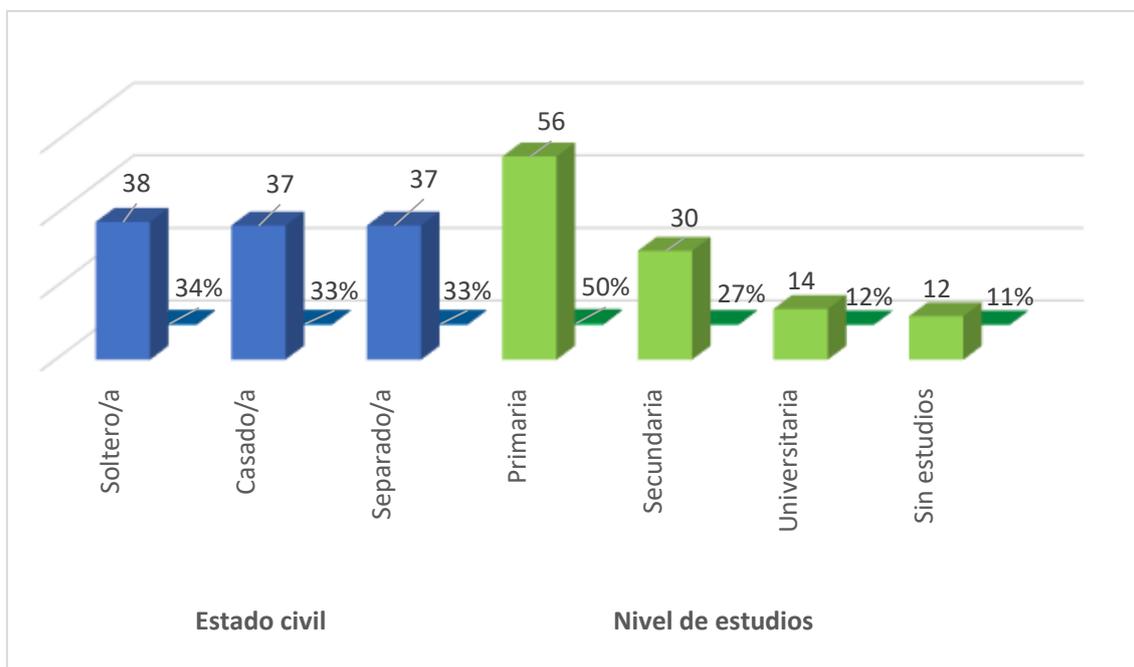


Fuente: Encuesta realizada a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil.

El presente gráfico expone los porcentajes de la distribución por edad y sexo de la muestra de estudio, la distribución fue pareja, en la edad hubo más participantes entre 71 a 80 años (38%), con edades mínimas de 65 y máximas de 87; en el sexo fueron 50% hombres y 50% mujeres. En comparación con el estudio de (Molés et al., 2019), la distribución fue similar en la edad, ya que los estudiados fueron adultos de 75 años en adelante y en el sexo registró una prevalencia elevada en las mujeres (40.1%) en contraste con los hombres, en este caso influyó el acompañamiento de la persona. Además, (Erazo y Fors, 2020), encontraron que la depresión se hizo más evidente en hombres (59.2%).

Gráfico 2.

Distribución de adultos mayores estado civil y nivel de educación



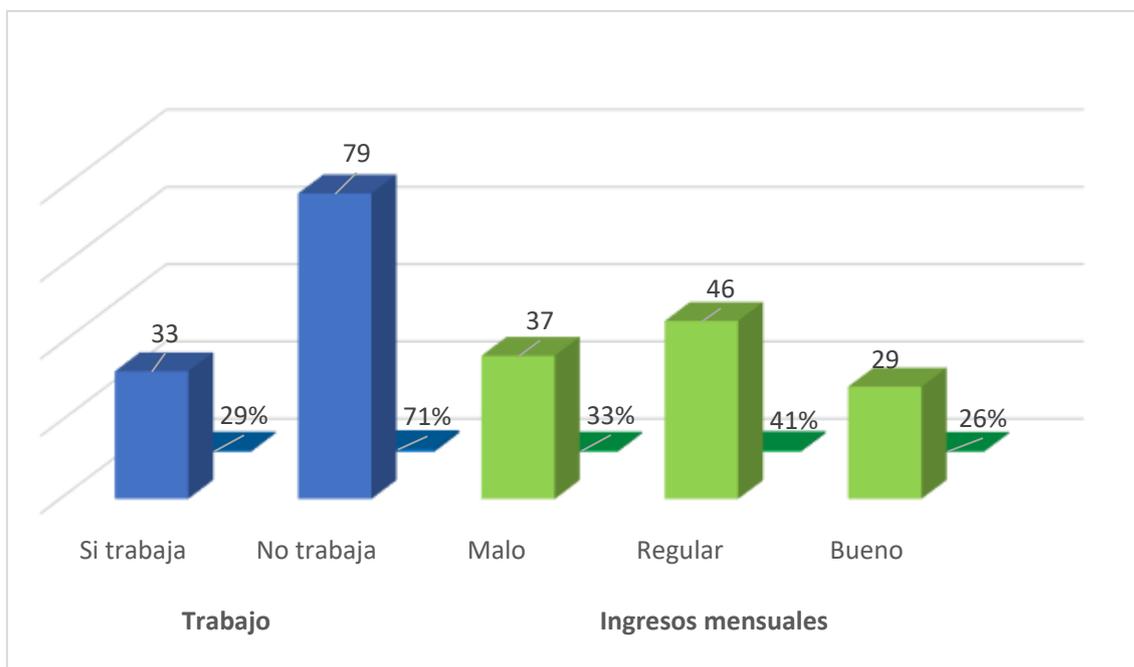
Fuente: Encuesta realizada a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil.

El gráfico 2 muestra los estadísticos descriptivos de la distribución por estado civil y nivel de estudios de los adultos mayores; en el estado civil hubo una proporción pareja en los tres indicadores: soltero/a (34%), casado/a (33%) y separado/a (33%). Por su parte, (Molés et al., 2019), halló que el 26.6% de las personas que no contaban con compañía de la pareja o familia padecían de depresión. En torno a esto, (Erazo y Fors, 2020), hallaron que de los adultos mayores con depresión, el 72.7% eran divorciados y el 72.1% viudos.

Mientras tanto, en el nivel de estudios hubo diferencias significativas en la población respecto al nivel de estudios de primaria (50%), secundaria (27%), universitaria (12%) y 11% de adultos mayores que no tenían ningún nivel de estudio formal. En comparación con lo encontrado por (Erazo y Fors, 2020), el 67% de adultos mayores que presentaron depresión tenían el nivel de estudios de secundaria.

Gráfico 3.

Distribución de adultos mayores por situación laboral e ingresos mensuales

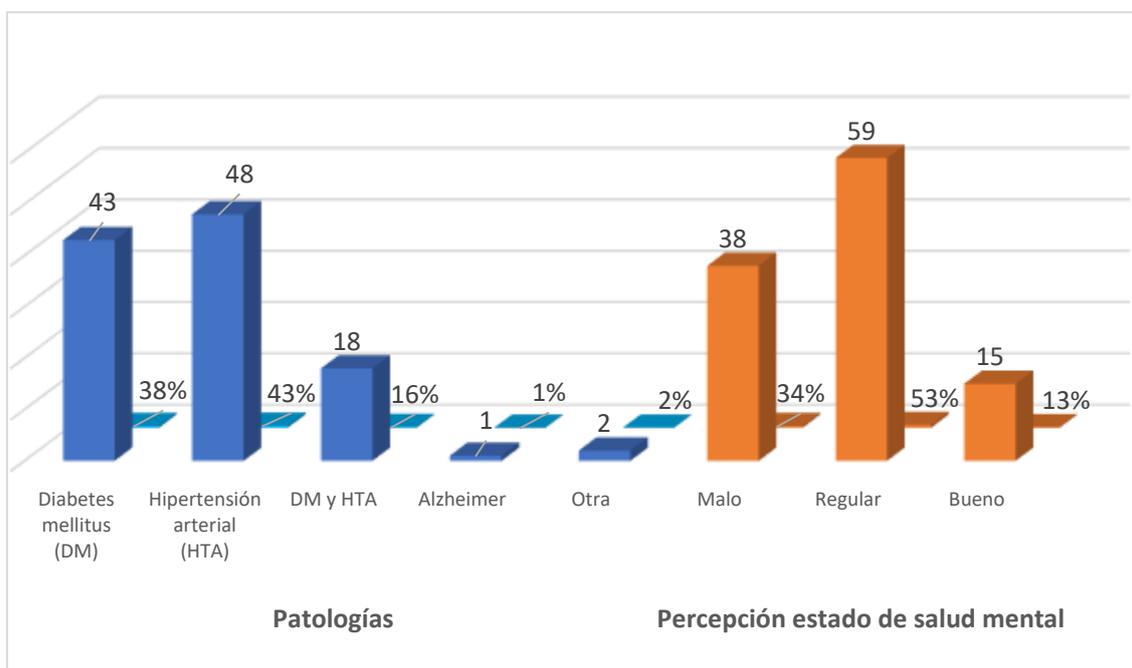


Fuente: Encuesta realizada a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil.

El gráfico 3 muestra los resultados descriptivos de la situación laboral y del nivel de ingresos mensuales que tuvieron los adultos mayores encuestados; se identificó que el 71% no trabaja y que los ingresos son en orden de frecuencia 41% regulares, 37% malos y 26% buenos. En comparación con lo encontrado por (De los Santos y Carmona, 2018), quien halló una influencia significativa de la ocupación e ingresos económicos como responsables de depresión, es decir, los adultos mayores que tenían un trabajo u ocupación y contaban con ingresos suficientes para cubrir sus gastos tenían menos depresión que los que estaban sin trabajo/ocupación y con niveles económicos malos.

Gráfico 4.

Distribución de adultos mayores por presencia de enfermedades crónicas y percepción de su salud mental



Fuente: Encuesta realizada a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil.

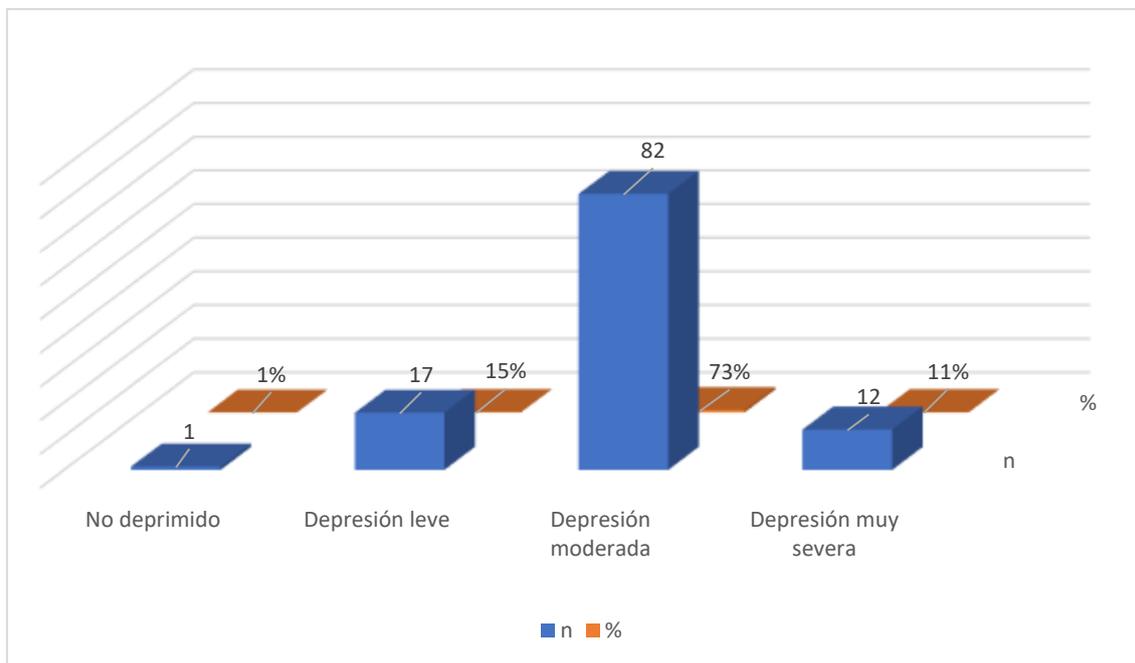
En el gráfico 4 se observa la distribución de los adultos mayores respecto a las patologías que padecen y al grado de percepción de su propio estado de salud mental; en el primer indicador, se encontró que las enfermedades que padecían principalmente fue hipertensión arterial (43%), seguido de diabetes mellitus (38%), mientras que el 16% padecían ambas enfermedades (HTA y DM). En convergencia con lo encontrado por (Valdés et al., 2017), quien halló un 95% de personas mayores en su muestra que tuvieron al menos una enfermedad crónica no transmisible, este resultado lo asociaron a alteraciones del estado mental de los adultos.

En el segundo indicador, las personas que consideraron tener un regular estado de salud mental fueron el 53% de la muestra, por su parte, el 34% pensaban que su estado de salud mental era malo y solo 13% consideraba que tenían buen estado de salud mental.

Respecto al segundo objetivo específico, que consistió en establecer el nivel de depresión que más incidencia representó en la muestra de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 5.

Niveles de depresión de adultos mayores



Fuente: Encuesta realizada a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil.

En el gráfico 5 se observan los niveles de depresión de los adultos mayores, utilizando la Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD), se evidenció que el nivel que prevaleció los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Tipo C Bastión Popular de Guayaquil fue depresión moderada (73%), seguido de depresión leve (15%), depresión muy severa (11%) y no deprimido solo hubo 1 persona (1%).

En comparación con el estudio de (Lliguisupa et al., 2020), los resultados fueron mayoritariamente depresión leve (35.5%) y depresión moderada (11%) y se asoció con el rango de edad entre 75 a 84 años. Mientras que, (Erazo y Fors, 2020), tuvieron en su estudio una prevalencia de 55% de depresión con adultos mayores separados y viudos como principal factor de riesgo. Adicionalmente, (Calderón et al., 2018) encontraron un 25.8% de depresión en su estudio.

Claramente se visualiza que el presente estudio revela porcentajes mayores a los encontrados en otros estudios; principalmente en el nivel de depresión moderada, grado que más prevalencia tuvo representando casi a las tres cuartas partes de la muestra.

Además, para dar respuesta al tercer objetivo específico, el cual consistió en aplicar intervención educativa dirigida a la reducción de los niveles de depresión en el adulto mayor, se formuló la siguiente tabla con el proceso de intervención:

Tabla 3.

Intervención educativa a adultos mayores

Intervención psicosocial educativa a adultos mayores	
N°	Acción
1	Convocatoria a adultos mayores que conformaron parte de la muestra, al momento de la aplicación de la encuesta.
2	Conformar un grupo significativo de participantes y empezar la charla.
3	Enseñar a los adultos mayores el significado de depresión y los síntomas somáticos.
4	Escuchar las principales experiencias y calamidades de cada uno de los adultos mayores.
5	Pausa activa (juego de la silla).
6	Educar sobre la importancia de vincularse socialmente.
7	Educar sobre la importancia de tener trabajo u hobbies que mantengan distraídos u ocupados a los mayores.
8	Conformar un comité con los voluntarios para que continúen reuniéndose y expandiendo la moción social en el grupo etario.
9	Dinámica (carta al pasado), donde los adultos mayores reconocen sus logros, virtudes y experiencias que los han hecho llegar hasta esa edad.
10	Culminación de la charla educativa.

Fuente: Elaboración propia.

La intervención que se realizó fue de tipo psicosocial educativa, ya que se abordó desde un enfoque psicológico resaltando la importancia que tienen en la sociedad los adultos mayores, con la finalidad de mejorar su autoestima y promover la formación de vínculos y grupos sociales activos que los mantengan distraídos, de modo que se reduzca la soledad, tristeza y depresión.

7.2. Comprobación de Hipótesis

Se comprobó que efectivamente el nivel de depresión es moderado en los adultos mayores que acuden a consulta externa del Centro de salud tipo C de bastión popular, Cantón Guayaquil, 2022; mediante la encuesta realizada a este grupo etario y utilizando la Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD) se halló que el nivel más importante de depresión fue el moderado (73% - 82 personas).

7.3. Conclusiones

Con los resultados obtenidos por el procesamiento de los datos, se logró concluir lo siguiente:

Los adultos mayores que tuvieron una mayor representación en la muestra fueron de edades entre 71 a 80 años, habiendo participantes de 65 a 87 años; por su parte, hubieron igual cantidad de hombres y mujeres; el estado civil fue igualmente parejo entre soltero/a, casado/a y separado/a; mientras que el nivel de estudios alcanzado de la mayoría fue el de primaria; los adultos mayores generalmente no contaban con trabajo, en proporción a esto, sus ingresos eran principalmente regulares y malos; las principales enfermedades que afectan a esta población son la HTA y la DM; finalmente consideraron que su estado de salud mental era regular con tendencia negativa.

El nivel de depresión que más incidencia representó en la muestra de estudio fue el moderado con casi tres cuartas partes de la población afectada, además, solo hubo una persona que según la escala HRSD no tenía depresión, situación que refleja el panorama real de este grupo etario que es vulnerable ante complicaciones emocionales y de la salud mental, por lo que están ante un preocupante riesgo de aislamiento social, baja autoestima, pensamientos negativos, ansiedad y en casos graves autolesiones.

En lo que respecta a la intervención educativa dirigida a la reducción de los niveles de depresión en el adulto mayor, esta fue de tipo psicosocial educativa, puesto que se abordaron temáticas de la depresión y los tipos de esta, para que los adultos reconozcan sus síntomas físicos y psicológicos; además se mocionó a que formen grupos y se reúnan regularmente entre ellos para que mejoren su estado de ánimo y por ende reduzcan significativamente la depresión.

7.4. Recomendaciones

Se sugiere al personal administrativo del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular que gestione la participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que realicen trabajo social en este sector, para que ayuden a los adultos mayores que tienen problemas en los ingresos económicos, que no tengan familia o personas que vean por sus necesidades básicas.

Se recomienda al personal de enfermería del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, realizar regularmente el control de la presión a este grupo etario, aprovechando los momentos en que se reúnen, van a control médico o se les detecte la presión elevada; con la finalidad de que se gestione la entrega oportuna de la medicación dado al riesgo de accidente cardiovascular que presentan.

Se sugiere a los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, que prefieran las investigaciones donde incluyan intervención educativa a grupos vulnerables, puesto que efectivamente necesitan constantemente educarse, por los problemas tanto biológicos, psicológicos, así como sociales que padece y desconocen.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, Uchoa, Ney, Santos, Fernandes, y Milanês. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Revista Enfermería Global*, 19(59). <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Revista Biomédica*, 38(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005
- Arrarás, y Manrique. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1). <https://doi.org/10.23938/assn.0591>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29, 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calderón, M., Calderón, S., Calderón, S., y Checa. (2018). Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público. *Revista Cambios*. <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445/332#:~:text=La%20prevalencia%20de%20depresión%20en,%2C6%25%20para%20Al emania10>.
- Calderón, Reyes, Rodríguez, Barbosa, Ricardo, Espino, . . . Hernández. (2021). Improvement in borderline personality disorder symptomatology after repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsomedial prefrontal cortex: preliminary results. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0591>
- Carrasco, V. (2021). *Suicidio ¿Fenómeno social o individual? Volumen 1 de Ciencias humanas y espiritismo*. Editor Víctor Manuel Carrasco Belmont.
- Castellanos, Lizcano, Canche, Juárez, Domínguez, y Barrios. (2022). Síndrome de retraso de la fase del sueño: una revisión bibliográfica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(1). <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.08>

- Cayetano, Torres, y Ruiz. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. Universidad de Almería.
- Chávez, Nava, Palmar, Martínez, Graterol, Contreras, . . . Bermúdez. (2017). En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(1). [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002#:~:text=Fase%20N2%20\(sueño%20intermedio\)%3A,corteza%20cerebral%20y%20el%20tálamo](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000100002#:~:text=Fase%20N2%20(sueño%20intermedio)%3A,corteza%20cerebral%20y%20el%20tálamo).
- De la Guardia, y Ruvalcaba. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1). <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- De la Serna, M. (2017). *Depresión: Cuando la tristeza se vuelve patológica*. Editor Tektime.
- De los Santos, y Carmona. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Dolores, M. (2017). *La hipocondría: Concepto y tratamiento del miedo a la enfermedad. Una propuesta cognitivo-conductual*. Alianza Editorial.
- Durkheim, E. (2017). *El Suicidio (Spanish Edition)*. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Engelke, S. (2021). *Depresión: El camino de la auto guía para vencer naturalmente el estrés y la depresión: Vencer la depresión, sentirte más feliz y amar tu vida*. Editor Babelcube Inc.
- Erazo, y Fors. (2020). Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018. *Revista Bionatura*, 5(3). <https://doi.org/10.21931/RB/2020.05.03.11>
- Etchebame, Gómez, Roussos, Bogiaizian, Bunge, Challú, . . . Westra. (2019). *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Editores Miño y Dávila.

- Fernández, Torres, y Ruíz. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (II). Cuidados básicos y casos clínicos* (Vol. 65). Editorial Universidad Almería.
- Fleishman, M. (7 de Abril de 2017). *Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión*. Banco Mundial BIRF - AIF: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>
- Gallego, Toledo, Urrestarazu, y Iriarte. (2017). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 19-36.
- Goncalvez, D. (2019). El sentimiento de culpa en Freud: entre la angustia y el deseo. *Psicología en Revista*, 25(1), 278-291. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p278-291>
- González. (2018). Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. *Transformación*, 14(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552018000100007
- Guarín, Gómez, Catalán, Daverio, Molina, Villamil, . . . Alvis. (2020). *Fisioterapia en salud mental*. Editorial Universidad del Rosario.
- INEC. (2020). *Ecuador: Proyección de población por años en edades simples*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/PROYECCION_POR_EDADES_PROVINCIAS_2010-2020_Y_NACIONAL_2010-2020.xlsx
- Johnson, Saletti, y Tumas. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Kirk, P. (2021). *Depresión: Métodos probados para superar la depresión y la ansiedad*. Editor Babelcube Inc.
- Levé, É. (2017). *Suicidio*. Editor Eterna Cadencia.

- Levin, E. (2021). *La clínica psicomotriz: El cuerpo en el lenguaje*. Editorial Noveduc.
- Lliguisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa, y Estrada. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16-21. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>
- López, Morales, Ugarte, Rodríguez, Hernández, y Sauza. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Revista Enfermería Global*, 18(54). <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
- Lorenzo, J. (2021). Síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19 en Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(1).
- Luengo, Bravo, Sandoval, Santana, Vásquez, y Morales. (2022). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Revista Gerokomos*, 32(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216
- Magallanes, M. (2021). *Factores biopsicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor en comunidades laicas del distrito de Los Olivos*. Lima, 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Universidad del Perú. Decana de América.
- Martín, Delisle, Collado, y Aznar. (2020). Cambios en la pérdida de peso y la composición corporal con dieta cetogénica y práctica de actividad física: revisión narrativa, metodológica y sistemática. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 36(5). <https://doi.org/10.20960/nh.02604>
- Martínez, González, Castellón, y González. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007
- Martínez, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. Editorial El Manual Moderno.

- Molés, Esteve, Lucas, y Folch. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Revista Enfermería Global*, 18(55). <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Monterrosa, A., Rodelo, Monterrosa, B., y Morales. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Revista Ginecol Obstet Mex*, 90(2), 134-147. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>
- Monteiro, Martínez, y Rodríguez. (2019). Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 18(55). <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.346711>
- Moran, y Toner. (2017). *Psicología del deporte*. Editorial El Manual Moderno.
- Motoche, J. (2019). *Factores biopsicosociales que influyen en las principales enfermedades mentales del adulto mayor en el Ecuador*. Universidad Técnica de Machala. Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud.
- MSP. (2017). *Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Quito: Primera edición. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf
- OMS. (2020). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Artmed Editora.
- OMS. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ortega, E. (20 de Julio de 2021). *Una de cada cuatro personas mayores de 65 años en España sufre depresión*. Redacción médica: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/una-de-cada-cuatro-personas-mayores-de-65-anos-en-espana-sufre-depresion-7695>

- Ortiz, Torres, Peña, Quinde, Durazno, Palacios, . . . Bermúdez. (2017). Características sociodemográficas de la población adulta de la parroquia Cumbe, Cuenca-Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642017000200005
- Parada, Guapizaca, y Bueno. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2). <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Parada, Guapizaca, y Bueno. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2). <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Pavón, Reyes, Martínez, Méndez, Gogeochea, y Blázquez. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 31(4). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>
- Peñata, Berbesí, y Segura. (2017). Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 22(1), 56-69. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5>
- Pérez, Alonso, Gómez, y Moreno. (2021). Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(2). <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n2a4>
- Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, y Salgado. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor . *Revista biomédica*, 28(2). <https://doi.org/0.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Quevedo, Egidio, y Geraldo. (2018). *Depressão - 2.ed.: Teoria e Clínica*. Artmed Editora,.
- Quispe, Ayaviri, Djabayan, y Arellano. (2021). El costo de la salud en adultos mayores: Un estudio descriptivo y retrospectivo en Ecuador. *Información tecnológica*, 32(5). <https://doi.org/10.4067/S0718-07642021000500075>
- Raile, y Marriner. (2018). *Modelos y teorías de Enfermería*. Editorial Elsevier Health Sciences.

- Robledo, Cardona, Segura, Lizcano, y Agudelo. (2019). Capacidad laboral de las personas mayores de 50 años, en proceso de reintegración, adscritos a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(3). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n3a03>
- Runzer, Castro, Merino, Torres, Díaz, Pérez, y Parodi. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Revista Horizonte Médico*, 17(3). <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>
- Serra, A., Serra, M., y Viera, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008
- Silva, M. (2020). Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(1). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000100074>
- UNFPA. (2021). *El potencial y los desafíos de Ecuador*. Fondo de población de las Naciones Unidas: <https://ecuador.unfpa.org/es/el-potencial-y-los-desafíos-de-ecuador#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en,un%20país%20multiétnico%20y%20pluricultural>.
- Valdés, González, y Salisu. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001
- Vergel, y Barrera. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica de Risaralda*, 27(1). <https://doi.org/10.22517/25395203.24637>

9. ANEXOS

Anexo 1. Autorización



Ministerio de Salud Pública
CZ8S-Dirección Distrital 09D08 - Pascuales 2 - Salud
Despacho

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DD09D08-DIR-2022-7971-M

Guayaquil, 11 de octubre de 2022

PARA: Sra. Andrea Mariela Quevedo Cantos
Responsable de Ventanilla Única de la Dirección Distrital 09D08

ASUNTO: Respuesta: Oficio No. 481-CE-UPSE-2022 de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena - solicita se autorice al estudiante DAVOR KENN MONCAYO MARIN realice trabajo de investigación

De mis consideraciones:

Saludos cordiales en atención al Memorando MSP-CZ8S-DD09D08 GDVUAU-2022-0822-M el cual cito textualmente: *"Por medio del presente sirvo en remitir el oficio 481-CE-UPSE-2022 de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, mediante el cual solicitan se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondientes para que el S. DAVOR KENN MONCAYO MARIN, proceda al levantamiento de información dentro de la Institución para trabajo de investigación TEMA: "NIVELES DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C BASTIÓN POPULAR, CANTÓN GUAYAQUIL".*

Sin otro particular se remite oficio para los fines pertinentes.

Por lo ante expuesto me permito informar que se autoriza que el suscrito en mención pueda realizar su tema de investigación en el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Particular que comunico para fines pertinentes

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Santo Eduardo Cedeño Cedeño

DIRECTOR DEL DISTRITO 09D08 - PASCUALES 2 - SALUD

Referencias:

- MSP-CZ8S-DD09D08-GDVUAU-2022-0822-M



Dirección: Bastión Popular Bloque 3 Mz 811 Solar 8.J Guayaquil - Ecuador
Código Postal: 090706 Teléfono: 593-4-3612-940 - www.salud.gob.ec

Gobierno
del Encuentro

1/2

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DD09D08-DIR-2022-7971-M

Guayaquil, 11 de octubre de 2022

Anexos:

- oficio_solicitud_autorizacion_trabajo_de_investigacion-1.pdf

Copia:

Sr. Espc. Jimmy Eduardo Jimenez Espinoza
Administrador Técnico de la Unidad Operativa Tipo C Bastión Popular

Sra. Dra. Amparo Haydi Porras Casquete
Responsable de Gobernanza

ap



SANTO EDUARDO
CEDENO CEDENO

Dirección: Bastión Popular Bloque 3 Mz 811 Solar 8./ Guayaquil - Ecuador
Código Postal: 090706 Teléfono: 593-4-3812-940 - www.salud.gob.ec



Anexo 2. Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del consentimiento informado permitirá conocer la información de los encuestados sobre los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, cantón Guayaquil, 2022.

Este estudio es elaborado como requisito para el proceso de titulación, de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, realizado por el estudiante Moncayo Marín Davor Kenn, bajo la tutoría del Lic. Hernández Ortiz Adonis Faustino, Esp.

De aceptar la participación voluntaria se garantiza la confidencialidad y el respeto a las respuestas, la cual no será utilizada con otro propósito externo a la investigación. Después de recibir y comprender la explicación yo, MONCAYO MARÍN DAVOR KENN con número de cédula, 0925303877, por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada, **NIVELES DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C BASTIÓN POPULAR, CANTÓN GUAYAQUIL, 2022**; además certifico que he sido informado/a con claridad, sobre los objetivos y el propósito de la investigación.

Firma del participante

Moncayo Marín Davor Kenn
CI: 0925303877
Cel: 0996475365
Mail: davor.moncayomarin@upse.edu.ec

Anexo 3. Instrumento



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ENCUESTA DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES

TEMA: NIVELES DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C BASTIÓN POPULAR, CANTÓN GUAYAQUIL, 2022.

OBJETIVO: DETERMINAR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C BASTIÓN POPULAR DEL CANTÓN GUAYAQUIL EN EL AÑO 2022.

INSTRUCCIONES:

¡Saludos! A continuación, se plantean ítems que permitirán conocer el nivel de depresión de adultos mayores que asisten a consulta externa del centro de salud tipo C Bastión Popular de Guayaquil. No existen preguntas buenas ni malas. Es importante que responda todas las preguntas sin dejar casilleros en blanco. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, no será accesible a terceras personas, por lo que se garantiza el anonimato.

VARIABLE DEPENDIENTE: ADULTOS MAYORES

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD: _____

SEXO:

Femenino ()

Masculino ()

ESTADO CIVIL:

Soltero/a ()

Casado/a ()

Separado/a Viudo/a ()

INGRESOS ECONÓMICOS DEL ADULTO MAYOR:

Bueno ()

Malo ()

Regular ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVA:

Primaria ()

Secundaria ()

Universitaria ()

Sin Estudio ()

EMPLEO:

Si ()

No ()

ESTADO DE SALUD

ENFERMEDADES CRÓNICAS:

Diabetes ()

Hipertensión ()

Alzheimer ()

Parkinson ()

Otra ()

PERCEPCIÓN DE SALUD MENTAL:

Mala ()

Regular ()

Buena ()

Fuente: Leitón, Fajardo, López, Martínez & Villanueva. (2021). Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Revista Salud Uninorte. 36(1). DOI: 10.14482/sun.36.1.618.97

VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN

Encerrar (○) el puntaje de acuerdo con el criterio evidenciado.

HUMOR DEPRESIVO	PUNTAJE
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
SENTIMIENTOS DE CULPA	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3

- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
SUICIDIO	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
INSOMNIO PRECOZ	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
INSOMNIO INTERMEDIO	
- No tiene dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
INSOMNIO TARDÍO	
- No tiene dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
TRABAJO Y ACTIVIDADES	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
INHIBICIÓN PSICOMOTORA	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
AGITACIÓN PSICOMOTORA	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
ANSIEDAD PSÍQUICA	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
ANSIEDAD SOMÁTICA	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
SÍNTOMAS GENITALES	

- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
HIPOCONDRIA	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
PÉRDIDA DE PESO	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
INTROSPECCIÓN	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
SUMATORIA TOTAL	
NIVEL DE DEPRESIÓN:	
No deprimido:	0-7
Depresión ligera/menor:	8-13
Depresión moderada:	14-18
Depresión severa:	19-22
Depresión muy severa:	>23

Fuente: Purriños M.J. (s.f.). Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS). Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde

Anexo 4. Evidencias fotográficas



Encuesta a adulto mayor



Encuesta a adulta mayor



Encuesta a adulto mayor



Charla psicosocial educativa a adultos mayores

Anexo 5. Reporte Urkund



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

3% Similitudes

0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas

< 1% Idioma no reconocido

PROYECTO DE TITULACION ANTIPLAGIO DAVOR MONCAYO

Nombre del documento: PROYECTO DE TITULACION ANTIPLAGIO DAVOR MONCAYO.docx

ID del documento: 192ab8b1ee234fb178a1ad82c2d6aad783cf913

Tamaño del documento original: 163,56 ko

Depositante: ADÓNIS FAUSTINO HERNÁNDEZ ORTIZ

Fecha de depósito: 27/1/2023

Tipo de carga: interfaz

fecha de fin de análisis: 27/1/2023

Número de palabras: 8681

Número de caracteres: 55.888

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 tratamientospsicologicos.es Trastornos de síntomas somáticos - Tratamientos Ps... https://tratamientospsicologicos.es/trastornos-de-sintomas-somaticos/	1%		Palabras idénticas: 1% (122 palabras)
2	 www.academia.edu (PDF) ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale ... http://www.academia.edu/38729802/ESCALA_DE_HAMILTON_Hamilton_Depression_Rating_Scale_HDRL 5 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (75 palabras)
3	 dspace.ucuenca.edu.ec Nivel de ansiedad y depresión en pacientes varones adoles... http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28292/4/Trabajo_de_titulacion.pdf 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (44 palabras)
4	 www.who.int Constitución http://www.who.int/es/about/governance/constitution 6 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (54 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 Documento de otro usuario #09c33e El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
2	 www.revistabionatura.com http://www.revistabionatura.com/files/2020/05/03.11.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)