



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA**

TEMA: Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017.

AUTORA: Joanna Elizabeth Pilco Romero

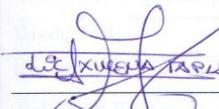
DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia Paguay

Ibarra, 2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada "INCIDENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR EN LA ASOCIACIÓN LUZ Y VIDA DEL CENTRO DE SALUD N° 1 TULCÁN 2017", de autoría de JOANNA ELIZABETH PILCO ROMERO, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de octubre del 2017


MSc. Ximena Tapia Paguay
C.C: 1001817459

DIRECTORA DE TESIS

DATOS DE CONTACTO	
Código de identidad:	100454573-7
Nombre completo:	Pilco Romero Joanna Elizabeth
	Quivala, Esmeraldas Parícuta y Wiroña Beraja
	isa_xl13@hotmail.com
	0913-554
	0946912706

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017
Autor:	Joanna Pilco
Fecha:	Octubre, 18 de 2017
	hecho para trabajos de grado
Presentado:	Presentado
Trabajo en el postulado:	Capitulación en Enfermería
Director:	MSc. Ximena Tapia Paguay



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100454553-7
Apellidos y nombres:	Pilco Romero Joanna Elizabeth
Dirección:	Otavalo, Esteban Peralta y Nicolás Baroja
Email:	joa_eli31@hotmail.com
Teléfono fijo:	2923-534
Teléfono móvil:	0988972706

DATOS DE LA OBRA	
Título:	Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017
Autor:	Joanna Pilco
Fecha:	Octubre, 18 de 2017
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	MSc. Ximena Tapia Paguay

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Joanna Elizabeth Pilco Romero**, con cédula de ciudadanía Nro. **100454553-7**; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 18 de Octubre de 2017

AUTOR:



Joanna Elizabeth Pilco Romero

AUTORA C.I.: 100454553-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Joanna Elizabeth Pilco Romero**, con cédula de ciudadanía Nro. **100454553-7**; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“INCIDENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR EN LA ASOCIACIÓN LUZ Y VIDA DEL CENTRO DE SALUD N° 1 TULCÁN 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.



Joanna Elizabeth Pilco Romero
C.I.: 100454553-7

Ibarra, 18 de Octubre de 2017

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

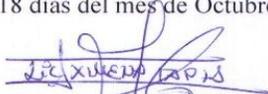
Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 18 de Octubre de 2017

PILCO ROMERO JOANNA ELIZABETH “Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor de la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N°1 Tulcán 2017” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, **18 de Octubre de 2017.**

DIRECTOR: MSc. Ximena Tapia Paguay

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor de la Asociación Luz y Vida. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio, Identificar el estado de salud mental de cada adulto mayor, identificar los factores psicosociales que influyen en su salud mental y diseñar actividades lúdicas dirigidas a cada adulto mayor de la Asociación para mantener su bienestar mental.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de Octubre de 2017



MSc. Ximena Tapia Paguay

Directora de Tesis



Joanna Pilco Romero

Autora

Joanna Pilco

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida y por permitirme llegar a este momento tan importante de mi vida profesional. Al Centro de Salud N° 1 de Tulcán y a la Asociación del Adulto Mayor Luz Vida por permitirme realizar este estudio. A mi directora de tesis Msc. Ximena Tapia por su gran ayuda y perseverancia a lo largo de esta investigación. Agradezco también a mis padres porque sin ellos no hubiera podido lograrlo, gracias, por su dedicación, su tiempo, su esfuerzo, su amor y por no abandonarme cuando los he necesitado, además de estar ahí corrigiendo mis errores y apoyando mis aciertos. Agradezco a mis hermanos por su amor y compañía, son muy importantes en mi vida. A los docentes y compañeros con los que he compartido en todo este tiempo de estudio, de los cuales he aprendido muchas cosas que recordaré con mucho cariño. A todas las personas que han estado a mi lado apoyándome de cualquier manera para culminar este trabajo. Gracias a todos.

Joanna Pilco

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por todas las bendiciones y oportunidades que me ha brindado a lo largo de mi vida, por la fortaleza recibida para poder cumplir mis metas. A mis padres César Pilco y Rocío Romero por todo su esfuerzo, su amor, y apoyo incondicional en cada momento, por su educación, por inculcarme valores, por todos los consejos o palabras de aliento y estar ahí siempre para mí, de igual manera a mis hermanos Javier y César por su cariño y compañía a lo largo de este tiempo.

Joanna Pilco

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	vi
AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1.- El Problema de la investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Preguntas de investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2.- Marco Teórico.....	7
2.1 Marco Referencial.....	7
2.1.1 Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica.....	7
2.1.2 Salud mental y calidad de vida en adultos mayores.....	7

2.2.3	Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor	8
2.2.4	Vejez y envejecimiento	8
2.2.5	Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero	9
2.2.1	Situación Geográfica	10
2.2.2	Servicios Actuales	10
2.3	Marco Conceptual	11
2.3.1	El Adulto mayor	11
2.3.2	El envejecimiento	12
2.3.3	El proceso de Envejecimiento	13
2.3.4	El adulto mayor y su familia	14
2.3.5	Enfermedades Mentales en el Adulto mayor	15
2.3.6	Deterioro Cognitivo	16
2.3.7	Demencia	20
2.3.8	Depresión	23
2.3.9	Ansiedad	30
2.4	Marco Legal	34
2.4.1	Constitución del República del Ecuador	34
2.4.2	Plan Territorial	38
2.4.3	Plan Nacional de Buen Vivir	40
2.5	Marco Ético	41
2.5.1	Derechos del paciente	41
2.5.2	Código Deontológico de Enfermería	45
2.5.3	Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las personas Adultas Mayores	46
CAPÍTULO III	56
3.-	Metodología de la investigación	56
3.1.	Diseño de la Investigación	56
3.2.	Tipo de Estudio	56
3.3.	Localización y ubicación del estudio	57
3.4.	Población	57
3.4.1.	Universo y muestra	57

3.4.2. Criterios de Inclusión.....	57
3.4.3. Criterios de exclusión.....	58
3.5. Operacionalización De Variables	59
3.6. Métodos de recolección de información.....	64
3.7. Análisis de datos	64
CAPÍTULO IV	65
4.- Resultados de la investigación	65
CAPÍTULO V	86
5.- Conclusiones y Recomendaciones	86
5.1 Conclusiones.....	86
5.2 Recomendaciones	88
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Género/Etnia	65
Gráfico 2: Mini Examen de Estado Mental.....	67
Gráfico 3: Valoración del Estado de Salud Mental.....	68
Gráfico 4: ¿Es capaz de manejar su propio dinero?.....	69
Gráfico 5: ¿Es capaz de hacer las compras solo?.....	70
Gráfico 6: ¿Es capaz de calentar el agua para el café y apagar la estufa?	71
Gráfico 7: ¿Es capaz de preparar la comida?	72
Gráfico 8: ¿Es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	73
Gráfico 9: ¿Es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un periódico?	74
Gráfico 10: ¿Es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	76
Gráfico 11: ¿Es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?.....	77
Gráfico 12: ¿Es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	78
Gráfico 13: ¿Es capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	79
Gráfico 14: ¿Es capaz de quedarse solo en la casa sin problema?.....	80
Gráfico 15: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	81
Gráfico 16: Factores psicosociales que influyen en la salud mental del adulto mayor....	83
Gráfico 17: Actividades Lúdicas que le gusta realizar.....	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estado Civil, Nivel de Instrucción y Residencia	66
----------------------------------------------------------------	----

RESUMEN

Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017

Joanna Elizabeth Pilco Romero

joa_eli31@hotmail.com

Según la Organización Mundial de la Salud la población de adultos mayores está aumentando, considerándose un grupo vulnerable, prioritario en la atención de salud. El 20% de personas que pasan de los 60 años sufren alguna enfermedad mental o del sistema nervioso, que provocan discapacidad en este grupo etario. Este estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1 de Tulcán, de diseño cuali-cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se aplicó el Mini Examen de Estado Mental, Escala de Pfeffer y la Escala Geriátrica de Yesavage, los datos obtenidos fueron procesados en Microsoft Excel. Se obtuvo como resultados que la incidencia de enfermedades mentales en esta Asociación son el Deterioro cognitivo y la Depresión con 0,15 y 0,22 respectivamente. La edad de los adultos mayores oscila entre 64 y 75 años, más de la mitad están casados, un porcentaje significativo estudió la primaria y el resto no tiene ninguna instrucción. La mitad de la población en estudio pertenece al género femenino y en su totalidad son mestizos. El estado mental de los adultos mayores se observa levemente deteriorado, presentando problemas en la memoria, el cálculo, la orientación y la atención. Los principales factores que afectan su salud mental son la soledad, la ausencia de sus hijos, el duelo y la presencia de enfermedades. No realizan actividades lúdicas con regularidad, por lo que pertenecer a un grupo o asociación permite llevarlas a cabo y desenvolverse mejor en su medio.

Palabras clave: Incidencia, Adulto mayor, enfermedad mental, actividades lúdicas

SUMMARY

Incidence of Mental Illnesses in the Elderly in the Luz y Vida Association of Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017

Joanna Elizabeth Pilco Romero

joa_eli31@hotmail.com

According to the World Health Organization the population of older adults is increasing, considering itself a vulnerable group, a priority in health care. 20% of people over 60 suffer from mental or nervous system disease, which causes disability in this age group. This study aimed to determine the incidence of mental illness in the elderly in the Luz y Vida Association of Centro de Salud N° 1, of Tulcán, a qualitative, non-experimental, descriptive, observational and cross-sectional design. The Mini Mental State Exam, Pfeiffer Scale and the Geriatric Scale of Yesavage were applied, the data obtained were processed in Microsoft Excel. We obtained as results that the incidence of mental illnesses in this Association are Cognitive Impairment and Depression with 0.15 and 0.22 respectively. The age of the elderly is between 64 and 75 years, more than half are married, a significant percentage studied primary and the rest have no instruction. Half of the population in study belongs to the feminine gender and in their totality they are mestizos. The mental state of the elderly is observed to be slightly impaired, presenting problems in memory, calculation, orientation and attention. The main factors that affect your mental health are loneliness, the absence of your children, mourning and the presence of diseases. They do not play activities regularly, so belonging to a group or association allows them to carry them out and to perform better in their environment.

Key words: Incidence, Older adult, mental illness, recreational activities

TEMA:

Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida
del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017

CAPÍTULO I

1.- El Problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, la cantidad de personas mayores está creciendo rápidamente en todo el mundo. Se calcula que entre 2015 y 2050 esta cantidad se duplicará, pasando de 12 a 22%. En sí, el crecimiento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (1).

El hecho de que la población envejezca se considera como un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, sin embargo también se convierte en un reto para la sociedad, que tiene que adaptarse a ello para mejorar la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores, sin olvidar la participación social y seguridad. Son muchos los factores que determinan la salud mental de los adultos mayores. Además de la tensión del diario vivir al que se enfrenta todo el mundo, muchos de ellos se ven obligados a depender de otra persona por problemas de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, enfrentar la muerte de un ser querido y la jubilación ocasionándole aislamiento, soledad y angustia (2).

Se considera que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad padecen alguna enfermedad mental o neural y el 6,6 de la discapacidad de este grupo etario se confiere a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población adulta mayor un 17,4 de los años vividos con discapacidad, ya que en diversas ocasiones no son diagnosticadas oportunamente, no se tratan a tiempo y se agravan rápida e irreversiblemente. La demencia y la depresión son las

enfermedades más comunes en este grupo etario; tanto la depresión como la demencia senil constituyen factores de riesgo que llevan al adulto mayor a ser cada vez más aislado y se lo limite a vivir en centros geriátricos (1).

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este hecho demuestra que los adultos mayores al 2010 representan el 7% de la población del país y al 2050 representará el 18% de la población. En cuanto a la provincia del Carchi según el INEC, 2010 existe una población de 19,222. El envejecimiento poblacional es un hecho de gran impacto en esta época, ocasionando un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades, muchas de ellas originadas por enfermedades mentales, 1 de cada 8 adultos mayores ha padecido trastornos mentales y más de la mitad experimentan depresión (3).

La salud física y mental del adulto mayor está ligada directamente a la calidad de vida, por lo que debe cuidarse y mantener la funcionalidad del individuo. Uno de cada tres adultos mayores presenta algún tipo de enfermedad crónica, además de deterioro cognitivo y depresión, siendo las principales enfermedades de esta época (4).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1, Tulcán 2017?

1.3 Justificación

Actualmente el adulto mayor posee una mayor esperanza de vida, conforme la ciencia va avanzando, aumenta también el tiempo de vida; sin embargo se lo considera como un grupo vulnerable porque experimenta un declive en sus funciones físicas, mentales y emocionales. La etapa de la vejez es de gran trascendencia ya que el adulto mayor debe adaptarse a todos los cambios que se presentan en la misma, sin dejar de formar parte activa de su familia, comunidad y de la sociedad aportando con sus conocimientos y experiencias, por ello el Gobierno debe promocionar políticas, programas y recursos humanos especializados en el área de la geriatría, tomando en cuenta sus necesidades, fisiológicas como la nutrición, sueño, descanso, sin olvidar las necesidades de seguridad, amor, pertenencia y necesidad de estima, importantes para el bienestar del ser humano.

La calidad de vida y la funcionalidad están estrechamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se ha vivido durante el trayecto de la vida. Aspectos sociales como los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo, el nivel de instrucción o educación; aspectos psicológicos como la violencia física o psicológica, la soledad, el sentimiento de inutilidad, además del acceso a la atención de la salud, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida de un individuo. El proceso de envejecimiento es un proceso natural, durante el ciclo de vida; sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma.

Se realizó esta investigación con el fin de contribuir con evidencia y conocimientos científicos sobre las enfermedades mentales que afectan al adulto mayor, informando sobre los resultados obtenidos, beneficiando a la población en general, especialmente a los adultos mayores y su familia. Es importante estudiar la incidencia de estas enfermedades en éste grupo etario considerado como prioritario en la atención de salud, ya que en el envejecimiento se presenta un deterioro de las funciones cognitivas, afectando la funcionalidad y dependencia de la persona.

El aspecto psicológico en diversas ocasiones es olvidado en la atención de salud y en el mismo hogar, al no tomar en cuenta que el adulto mayor experimenta una serie de cambios intelectuales, afectivos y emotivos; como: la disminución de la memoria, la dificultad para adquirir nuevos conocimientos, el deterioro de la cognición, la depresión, la agresividad y la testarudez; la regresión hacia actitudes infantiles, todo esto forma un complejo cuadro de modificaciones psíquicas que necesitan ser valoradas y tratadas oportunamente.

Al conocer las enfermedades mentales que afectan al adulto mayor de esta asociación se puede brindar un adecuado tratamiento y apoyo a las personas que ya poseen alguna enfermedad mental, evitando que estas se agraven causando discapacidad, incorporándolo de esta manera a la sociedad. Además de la oportuna prevención al detectar grupos de riesgo de padecerlas. Es por tanto que el personal de enfermería quien a través del cuidado y la educación desarrolle acciones orientadas a la satisfacción de sus necesidades desde una perspectiva holística, considerando no solo el aspecto físico sino también la parte psicológica y emocional que permitan fortalecer la autoestima de este grupo etario, tomando en cuenta la relación del adulto mayor con su familia, amigos y comunidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y Vida del Centro de Salud N° 1 de Tulcán.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores de la Asociación Luz y Vida.
- Identificar el estado de salud mental de cada adulto mayor de la Asociación Luz y Vida.
- Identificar los factores psicosociales que influyen en la salud mental de cada adulto mayor de la Asociación Luz y vida.
- Diseñar talleres de actividades lúdicas dirigidas a los adultos mayores de la Asociación Luz y Vida.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de la Asociación Luz y vida?
- ¿Cuál es el estado de salud mental de los adultos mayores de la Asociación Luz y vida?
- ¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la salud mental de los adultos mayores de la Asociación Luz y vida?
- ¿Qué talleres de actividades lúdicas son los adecuados para los adultos mayores?

CAPÍTULO II

2.- Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica

Las Enfermedades Cerebro Vasculares, la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas: parkinsonismo y Alzheimer demuestran ser sólidos precursores de la depresión, ya que cada una de estas enfermedades involucra el deterioro anatómico o funcional en distintas estructuras corticales y subcorticales, así como en diferentes sistemas neuroendocrinos. Además, estos deterioros o perturbaciones funcionales producen consistentemente cambios en el estado de ánimo que se corresponden con distintos tipos de síntomas de la depresión, llegando muchas veces a enmascarar el cuadro depresivo, lo cual dificulta el diagnóstico al atribuir los síntomas de depresión exclusivamente a enfermedades orgánicas. A su vez otros estudios señalan que la depresión geriátrica es un factor de riesgo o un factor etiológico antecedente de las ECV; ya que los adultos mayores deprimidos tienen una probabilidad 2.5 veces más elevada de padecer enfermedades subcorticales de la materia blanca, y a su vez, dichas enfermedades pueden evolucionar hasta provocar accidentes cerebrovasculares (5).

2.1.2 Salud mental y calidad de vida en adultos mayores

En esta investigación se ha determinado que la salud de los adultos mayores se ve afectada tanto por las condiciones personales, como por la edad y el sexo, que de alguna manera impiden que los adultos mayores logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Asimismo se menciona la importancia del bajo nivel de

estudios, el vivir solo y el contar con un ingreso económico, como indicadores determinantes para la valoración positiva del adulto mayor respecto a su estado funcional y la calidad de vida. La salud mental de los adultos mayores de edades más avanzadas, se manifiesta mediante estados emocionales como el estrés y la depresión. Se señala también que la calidad de vida es consecuencia del propio proceso de envejecimiento, además de que influyen otros factores como ser pobre, ser maltratados, las condiciones en que viven y el estilo de vida que llevan, estos y otros factores condicionan el bienestar físico y mental de los adultos mayores (6).

2.2.3 Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor

Se observa que los adultos mayores cuando rebasan cierto número de años tienen una serie de insuficiencias, limitaciones y padecimientos que reducen en mayor o menor medida el disfrute de la vida, y llegan en ocasiones, a que estas se conviertan en sufrimiento, dolor y desesperación para estas personas y sus familiares. Las manifestaciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: depresión, ansiedad y estrés; así, al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión. De hecho, tanto la ansiedad como la depresión pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, si se modifica la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida, la manera en que percibe cada situación, es decir la autoestima juega un papel importante ya que de ella depende la manera que cada uno tiene para enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás (7).

2.2.4 Vejez y envejecimiento

En las sociedades actuales la vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad

determinan y caracterizan a las personas mayores. Es de importancia recalcar la idea de que la experiencia y los logros alcanzados por una persona en esta etapa del ciclo de vida cumplen un papel importante en el proceso de desarrollo, y logran la sensación de satisfacción del trayecto de vida mismo. El envejecimiento activo como estrategia es un ejemplo claro de cómo la participación es indispensable en el desarrollo humano, y la búsqueda de calidad de vida y satisfacción lo son en la etapa de la vejez, para esto hay que involucrar la actividad física como herramienta para la promoción de la salud. Por lo anterior podemos afirmar que la salud y bienestar de las personas mayores están direccionadas por la participación social ligada a la capacidad de realizar diversas actividades tanto individuales como colectivos, es decir mantener la independencia del adulto mayor al permitirle ser parte activa de su hogar y de la comunidad, evitando que se sienta inútil o que no es necesario para su familia (8).

2.2.5 Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero

La funcionalidad mantiene una interrelación compleja entre los elementos que la conforman: aspecto físico, psicológico, social y económico, la funcionalidad está considerada dentro del concepto de salud, por ello ha cobrado mayor énfasis. El adulto mayor puede llegar a padecer enfermedades que disminuyen su funcionalidad, en este contexto entran las enfermedades mentales como lo son el deterioro cognitivo, la demencia o alzheimer que al no ser diagnosticadas o tratadas llevan al individuo a la incapacidad y dependencia de otra persona para realizar en casos graves actividades básicas como alimentarse, asearse o trasladarse de un lugar a otro. Por ello, se tiene que buscar una manera de evaluarla, derivando al concepto de capacidad que es el objetivo de la valoración enfermera la cual debe ser orientada a los objetivos de la geriatría y gerontología, que será la prevención y/o mantenimiento de la capacidad funcional y de no ser así brindar un apoyo parcial o proporcionar rehabilitación, sin olvidar la atención integral multidisciplinaria al paciente, desde su condición muy particular del proceso de

envejecimiento hasta las patologías agregadas que permitan cierta capacidad funcional (9).

2.2 Marco Contextual

La investigación se llevó a cabo en la Asociación del adulto mayor Luz y Vida del Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán.

2.2.1 Situación Geográfica

La ciudad de Tulcán es la ciudad capital de la provincia de Carchi, perteneciente a la Región 1 del Ecuador. Se encuentra ubicada en los Andes Septentrionales del Ecuador en la frontera con Colombia, a una altura de 2.980 msnm, constituyéndose en la capital de la provincia más alta del Ecuador, manteniendo un clima de frío andino. Su población es de 60.403 habitantes.

El Centro de Salud N° 1 Ubicado en la provincia del Carchi, cantón Tulcán, anteriormente se ubicaba en el centro de la ciudad entre las calles Junín y Rafael Arellano, en el 2013 fue reubicado en las antiguas instalaciones del Hospital Luis G. Dávila en el Barrio 10 de Agosto, limitando Al norte: Colombia, al sur: Colegio la Salle, al este: calle 10 de agosto y al oeste: calle Loja (10).

2.2.2 Servicios Actuales

Los Servicios que presta el centro de Salud N° 1 de Tulcán son: Medicina general, odontología, Obstetricia, farmacia y enfermería. Entre los servicios de enfermería se encuentra el programa ampliado de inmunizaciones, programa de control de tuberculosis, vigilancia epidemiológica, atención integral al adulto mayor, atención integral al adolescente, maternidad, atención a la infancia, atención a la comunidad.

Cuenta con un grupo de diabéticos, un club de embarazadas y un grupo del adulto mayor. El Centro de Salud N° 1 cuenta con el siguiente grupo de talento humano:

- 8 Médicos generales
- 3 Médicos especialistas
- 2 Obstetrices
- 5 Odontólogos
- 7 Auxiliares de enfermería
- 5 Licenciadas de enfermería
- 2 Auxiliares de farmacia
- 3 Estadística (10).

El grupo del adulto mayor denominado Asociación “Luz y vida”, actualmente consta de 80 miembros, con las puertas abiertas para cualquier adulto mayor que desee ser miembro, la asociación lleva alrededor de 7 años en funcionamiento, en donde se realizan reuniones mensuales para realizar actividades o tratar temas de interés para el adulto mayor, consta de una directiva que se encarga de llevar a cabo las reuniones, recaudar fondos y realizar las actividades que han sido planeadas, el presidente actual es el Señor Hernando Estrada. Durante todo este tiempo ha sido dirigido por profesionales pertenecientes al Centro de salud, actualmente es dirigido por la licenciada Janeth Gómez.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 El Adulto mayor

Según la OMS se considera adulto mayor a la persona mayor de 65 años, introduciendo en 1982 un concepto sobre funcionalidad, determinado el estado de salud en el envejecimiento como un mantenimiento de la capacidad funcional, más no como una

etapa de déficit. Actualmente las políticas internacionales se están enfocando en darle un giro al concepto de la vejez, considerándola como activa, en la que se puede mantener la autonomía personal, sin embargo no todos los individuos tienen la misma capacidad de adaptación en la vejez, produciendo daños que pueden ser realmente perjudiciales (11).

2.3.2 El envejecimiento

El envejecimiento es una etapa que transcurre desde el nacimiento, caracterizándose por diferentes cambios a nivel físico, mental, individual y colectivo. En los cambios biológicos se observa que en la vejez distintos sistemas fisiológicos comienzan a declinar, como el sistema osteomuscular, cardiorrespiratorio y renal, además de verse afectadas las capacidades intelectuales y cognitivas (8).

Es importante tomar en cuenta que además de los cambios físicos, se manifiestan cambios mentales y emocionales como el deterioro cognitivo leve, demencia, ansiedad y depresión. Además existe una perspectiva que engloba el desarrollo de una persona durante su vida, los problemas y necesidades personales y sociales a enfrentar, además del medio en el que se desenvuelve el adulto mayor, el cuál determinará su estado de salud (8).

Según la autora Encarnación Satorres el envejecimiento es un proceso inevitable en el que el individuo puede presentar dificultad para adaptarse y sobrevivir a esta nueva etapa de diversos cambios que afectan significativamente su capacidad funcional y psicológica. Este proceso es influido por diversos factores sociales como el entorno, la violencia y la soledad (12).

2.3.3 El proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que inicia desde la concepción y produce cambios propios de cada especie durante todo el ciclo de vida, dichos cambios suceden en diferentes órganos en un mismo individuo o en diferentes individuos de manera desigual, es decir cada persona enfrentará esta etapa en distintas condiciones. En este proceso intervienen diferentes aspectos o factores que determinan la forma en que envejecerá un individuo (11).

a) Aspectos Biológicos

En la vejez se evidencia una disminución de la eficiencia de las funciones fisiológicas a causa del deterioro orgánico y cambios en la composición química del cuerpo, manifestándose con la aparición de distintas patologías que pueden llevar a la incapacidad, además del incremento de la mortalidad. Existen diversas teorías biológicas que tratan de explicar el proceso de envejecimiento, sin embargo la mayoría de conceptos llegan a la misma idea a favor del deterioro del cuerpo humano y con un enfoque ligado a la muerte (12).

Se considera la existencia de un envejecimiento primario y un secundario. El envejecimiento primario es determinado por la herencia, en la que influyen enfermedades o traumas, además de cambios inevitables producidos por el paso del tiempo y en ritmos distintos en cada persona. El envejecimiento secundario se refiere a la pérdida de funciones debida a caídas, traumas y enfermedades (8).

b) Aspectos Psicológicos

La vejez es considerada como un periodo de disminución funcional y el descenso de un rol social o el formar parte de la comunidad, en esta etapa se debe tomar en cuenta que

los logros y experiencias alcanzados por un persona desempeñan un papel fundamental en el desarrollo personal y calidad de vida, logrando la percepción de satisfacción sobre la vida misma (8).

El aspecto psicológico comprende dos importantes dimensiones de estudio: la primera incluye modificaciones en los procesos psicológicos básicos y su desarrollo; y la segunda incluye la personalidad y sus cambios. Es importante contemplar a un individuo como un ser activo, capaz de dirigir su vida y buscar su bienestar, además de cambiar y adaptarse a las diferentes situaciones que puede atravesar. (12).

Los cambios psicológicos en la mayoría de los casos se entremezclan, causando cambios en la personalidad del adulto mayor, sin embargo estos cambios no se observan en todos los ancianos, y si se presentan no en todas las personas se observarían las mismas características (11).

2.3.4 El adulto mayor y su familia

Según la autora Inés Delgado la familia es el grupo natural del ser humano. Es un único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional (13).

La familia ha estado unida históricamente al progreso de las sociedades y a los tipos culturales de organización social. Es un lugar de edificación de identidades y procesos de individuación, sus lazos primarios se constituyen según las posibilidades en la que se desenvuelve el ciclo vital de la familia, tomando en cuenta el desempeño de roles controlados por los valores presentes en la familia (14).

La familia, la sociedad y comunidad cumplen un papel positivo en la salud y bienestar general del adulto mayor, formando parte del envejecimiento activo y participación social. Además influyen en el envejecimiento activo la relación entre generaciones de una misma época, comenzando por las generaciones dentro de la familia. El sentirse necesario es importante en la vejez, según estudios los adultos mayores que se sienten necesitados por su familia suelen vivir más mejor. Se debe tratar de sostener las relaciones familiares y sociales encaminadas a la realización óptima de cada miembro de la familia cumpliendo con un fin común, siendo este un propósito para un envejecimiento satisfactorio (15).

Cuando los padres se encuentran en la vejez ya no pueden cuidar de ellos mismos, tienen que ser cuidados por los hijos, lo que puede provocar problemas, en algunos casos pueden llegar a ser serios. La mejor solución es aceptar las limitaciones y la habilidad de ser independiente por parte del adulto mayor, además que el hijo debe aceptar su rol de cuidador y al mismo tiempo seguir siendo hijo. Los adultos mayores contribuyen con sabiduría y experiencia, siempre y cuando se los mantenga saludables, independientes y funcionales, así pueden seguir aportando a la sociedad, a su comunidad y a sus familias, permitiendo que sean felices (13).

Estando aislado el ser humano no puede vivir plenamente, ya que su instinto no se lo permite y necesita de sus seres queridos, además de otras cosas; de ahí la importancia de mantener un grupo social, cuidados y atención al adulto mayor, de esto depende el papel que tiene el adulto mayor parte de esta sociedad.

2.3.5 Enfermedades Mentales en el Adulto mayor

Las enfermedades mentales son frecuentes en el adulto mayor, afectan a las diversas estructuras cerebrales, deteriorando las funciones del individuo, estas enfermedades

pueden alcanzar varios grados de severidad, existen dos grupos de enfermedades mentales: trastornos neurocognitivos como el deterioro cognitivo y la demencia y trastornos emocionales o afectivos como la depresión y la ansiedad (16).

2.3.6 Deterioro Cognitivo

a) Definición

El Deterioro Cognitivo es un síndrome clínico que se caracteriza por el deterioro o la pérdida de las funciones mentales, estas pueden ser neuropsicológicas o conductuales, se incluye la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Se considera como un síndrome geriátrico, en el que se ven alteradas las funciones mentales superiores, las mismas que causan molestia en el paciente y generalmente tienen origen multifactorial, como: déficit auditivo o visual, depresión, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros (17).

b) Signos y síntomas

Después de los 60 años, se manifiestan diversos cambios en el sistema nervioso central:

- Pérdida neuronal progresiva, primordialmente de la sustancia blanca.
- Se evidencia atrofia cerebral por ensanchamiento ventricular, disminuyendo el volumen cerebral.
- Disminución de la conectividad en el hipocampo y región temporoparietal que determina un deterioro en el procesamiento de nueva información.
- Disminución de neurotransmisores, especialmente de acetilcolina que interviene junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, que es más lento en el adulto mayor.

- En cuanto a los cambios vasculares, se presentan ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo de tejido muscular por tejido fibroso provocando que los vasos se tornen más gruesos y rígidos (arterioesclerosis) (17).

c) Etiología

Existen tres categorías: Envejecimiento, genética y ambientales, dentro de ellas se incluyen los siguientes factores de riesgo.

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de demencia
- Trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia
- Alteraciones en los vasos sanguíneos (hipertensión, vasculitis, hipercolesterolemia).
- Diabetes Mellitus u otros trastornos metabólicos.
- Depresión y otros trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, psicosis).
- Infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis).
- Abuso de Alcohol u otras sustancias.
- Accidente cerebral vascular, cardiopatía isquémica y arterioesclerosis.
- Enfermedad de Parkinson (17).

d) Clasificación

El deterioro Cognitivo se clasifica en: deterioro cognitivo normal y deterioro cognitivo leve.

- Deterioro cognitivo normal: las funciones neurocognitivas se mantienen, permitiendo que el individuo pueda adaptarse a las situaciones de la vida.
- Deterioro cognitivo leve: Se evidencia un deterioro en diferentes áreas del sistema nervioso, con un declive en las funciones cognitivas, siendo el olvido el

principal síntoma, éste se produce por el proceso de envejecimiento normal y por otros factores como el consumo de sustancias psicoactivas u otros fármacos que deterioren esta función (18).

e) Diagnóstico

En la mayoría de los casos la evaluación clínica se lleva a cabo cuando el paciente o la familia manifiestan problemas de memoria, sin embargo la evaluación cognitiva se debe aplicar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención por lo menos una vez al año para detectar deterioro cognitivo. Junto con la evaluación del estado cognitivo es necesario realizar un examen médico general para detectar patologías asociadas a delirium, demencia o alzheimer. Además se recomienda revisar los fármacos que ingiere el adulto mayor por la probabilidad de polifarmacia, evaluando principalmente a aquellos que usen psicotrópicos o fármacos con alto riesgo de toxicidad (17).

Según la autora Barrera Carolina existen los siguientes criterios diagnósticos:

- Alteración de una o más de estas áreas cognitivas: atención, concentración, lenguaje, memoria, praxias, funciones ejecutivas.
- Estas alteraciones intervienen de forma mínima en las actividades instrumentales de la vida diaria.
- No presentar criterios clínicos para demencia (18).

El deterioro cognitivo leve puede evolucionar a demencia, de ahí la importancia de realizar diagnósticos oportunos mediante la aplicación de exámenes de tamizaje, uno de ellos es el Mini Examen de Estado Mental (MMSE). Este examen puede ser utilizado como prueba inicial, su aplicación toma menos de 10 minutos y permite identificar trastornos de la memoria o deterioro cognitivo tempranamente, para que el examen tenga fiabilidad el paciente no debe presentar delirium, alteraciones metabólicas o alguna patología que altere su estado de alerta o percepción sensorial (19).

f) Tratamiento

Tratamiento No farmacológico: Permite manejar los síntomas neuropsiquiátricos (agitación, agresividad, depresión, alucinaciones, vagabundeo, comportamiento sexual inapropiado). Las alteraciones en la conducta del adulto mayor con deterioro cognitivo muchas veces se deben a su falta de adaptación a un ambiente nuevo o si este ha cambiado y requiere corregirse antes de iniciar un tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que los cambios en el hogar con el fin de favorecer la adaptación del paciente estimulan la independencia, además la educación a los cuidadores mejora los resultados del tratamiento no farmacológico, se incluyen las siguientes acciones:

- Modificaciones estructurales del domicilio con el fin de disminuir riesgos y facilitar las actividades de la vida diaria.
- Correcciones de los problemas auditivos o visuales.
- Educar a los familiares sobre los síntomas de la enfermedad.
- Vigilar si hay colapso, ansiedad, depresión o maltrato del cuidador.
- Estimular la actividad física y ocupacional para ayudar a la funcionalidad, siendo estas supervisadas según la gravedad del deterioro cognitivo.
- Recomendar al paciente a realizar actividades de la vida diaria de acuerdo a sus capacidades (17).

Tratamiento Farmacológico: Se utilizan los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina) para mejorar la función cognitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia tipo alzheimer leve o moderada ya que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin embargo no previene la progresión del deterioro cognitivo leve a demencia. La prescripción se realizará por el médico geriatra, psiquiatra o neurólogo. Se pueden utilizar antidepresivos para tratar la comorbilidad con depresión, recomienda el uso de

inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los antidepresivos tricíclicos empeoran el deterioro cognitivo (17).

2.3.7 Demencia

a) Definición

La Demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognitivas y cambios comportamentales de manera persistente que interfiere en la capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades laborales o sociales. La demencia es una enfermedad adquirida debido al deterioro que existe en el envejecimiento, además de que puede ser causada por otras enfermedades (20).

Según Gil y Sánchez la demencia es un síndrome caracterizado por el declinar de las funciones superiores, una de ellas la memoria, a diferencia de su estado previo; además de los cambios en el comportamiento y alteraciones psicológicas que completan el cuadro de síntomas, llevando al individuo a una discapacidad progresiva (21).

b) Epidemiología

Según estudios realizados en Europa la demencia es la cuarta causa de muerte en la edad avanzada, la demencia leve aparece en un 10% de personas mayores de 65 años, la grave en el 5% y el 20% en los mayores de 80 años, observando que con el aumento de la edad, aumenta la aparición de demencia. Aproximadamente el 50% de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidado geriátrico padecen demencia senil (11).

c) Etiología

Los traumatismos pueden causar demencia, si es así, esta será de naturaleza fija, no progresiva. El abuso de alcohol, drogas, fármacos, enfermedades como el parkinson, esclerosis múltiple producen demencia progresiva. Sin embargo en ocasiones se presenta demencia sin ninguna razón aparente y sin condiciones biológicas que la expliquen (11).

d) Signos y síntomas

En la demencia existen múltiples déficits cognitivos, estas afectaciones son funcionales, conductuales y cognitivas:

En cuanto a las funciones cognitivas se ven afectadas las funciones superiores como: la memoria, inteligencia, orientación, cálculo, comprensión, razonamiento y capacidad de aprendizaje. Cursa con apraxia, afasia y agnosia. El nivel de afectación es muy variable al igual del ritmo de progresión del deterioro; la conciencia permanece intacta (22).

Se ven afectadas las emociones, el humor, la percepción y el pensamiento. En la percepción se observan alteraciones como alucinaciones, en los contenidos del pensamiento se presentan ideas delirantes y en las alteraciones del humor se manifiesta depresión, ansiedad o disforia. Estos síntomas se presentan en un 80% de los casos a lo largo del desarrollo de la demencia (22).

e) Clasificación

La demencia se clasifica de acuerdo a distintos criterios. La clasificación recomendada se basa en las patologías que causan demencia, es decir una clasificación etiológica. Según el DSM-VI, las demencias se clasifican en:

- 290. Demencia tipo Alzheimer de inicio temprano
- 290. Demencia tipo Alzheimer de inicio tardío
- 290. Demencia vascular
- 294.1 Demencia debida a otras enfermedades médicas
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Demencia debida a múltiples etiologías
- 1.8 Demencia no especificada (22).

Demencia tipo Alzheimer: Es una patología degenerativa de origen desconocido, se caracteriza por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación de las funciones superiores; la patogenia no se conoce, pero se ha demostrado una disminución en la inervación colinérgica en áreas neocorticales e hipocámpicas. En cuanto a factores de riesgo, se han asociado: la edad avanzada, el género femenino, bajo nivel educativo, antecedentes de depresión, traumatismo cerebral, entre otros (21).

f) Diagnóstico

El diagnóstico de la demencia es principalmente clínico, basándose en la historia clínica, la exploración física y una evaluación neuropsicológica. En la historia clínica se debe revisar los antecedentes personales, factores de riesgo cardiovasculares, abuso de alcohol u otras sustancias, antecedentes traumáticos, psiquiátricos, neurológicos y factores sociales como el nivel educativo y la escolarización (21).

La exploración física deberá ser exhaustiva para descartar signo de enfermedades que afecten la función cognitiva y una exploración neurológica en busca de signos de localización, extrapiramidalismo o alteraciones en la marcha. En la valoración neuropsicológica la acción principal es el diagnóstico diferencial de las demencias, esta valoración puede realizarse a través de tests o cuestionarios, o de forma separada mediante pruebas en función de los déficits encontrados en el paciente (21).

g) Tratamiento

En el tratamiento de la demencia es importante el tratamiento farmacológico de los síntomas conductuales y cognitivos, brindar educación y fomentar el soporte de los cuidados, además del tratamiento de las complicaciones. Dentro del tratamiento sintomático el objetivo es tratar el defecto colinérgico responsable del deterioro mental utilizando inhibidores de colinesterasa: donepezilo, galantamina, rivastigmina y para tratar los trastornos de conducta los fármacos de elección son antipsicóticos como la clozapina, risperidona y olanzapina y antidepresivos como los inhibidores de la Recaptación de serotonina: citalopram, sertralina y escitalopram (21).

2.3.8 Depresión

a) Definición

La depresión se considera como un trastorno que afecta el humor y el estado de ánimo, se manifiesta por una serie de síntomas que abarcan cambios bruscos del humor, falta de entusiasmo, irritabilidad, sensación de angustia, sobrepasando lo normal. Se puede observar disminución o pérdida de interés en actividades que antes eran queridas, además de cambios cognitivos, como elevada autocrítica y pensar de forma ineficiente (23).

Según la autora Martha Licas la depresión es un trastorno mental frecuente, que se identifica por la presencia de tristeza, pérdida de interés, falta de autoestima, sentimientos de culpa, pueden presentarse trastornos del sueño o del apetito, falta de concentración y sensación de cansancio (24).

María Álvarez y cols, considera que la depresión en un adulto mayor constituye un grave problema de salud por su prevalencia, por su impacto en la calidad de vida del paciente,

su familia y la sociedad, además de la existencia de riesgo de suicidio. Por ello, la depresión tiene gran relevancia para el sistema sanitario y la sociedad en general (25).

b) Epidemiología

En estado Unidos y Europa la prevalencia de depresión varía entre 6% y 20%, en Italia asciende hasta el 40%. En México la prevalencia fue de 5.8% hasta el 2005, con un 5,8% en las mujeres y 2,5% en los hombres, notándose un incremento con la edad. Otros estudios indican que la depresión es un trastorno afectivo muy frecuente en los adultos mayores de 60 años, entre un 15 a 20% en la población ambulatoria, aumentándose hasta en 25% a 40% en la población asilada u hospitalizada; determinado que la incidencia de otros casos por años es de aproximadamente 15% (26).

En los adultos mayores con depresión entre el 18% y el 57% manifiesta un síndrome demencial que desaparece cuando se ha tratado la depresión, este tipo de demencia considerada reversible se asocia con un riesgo de presentar demencia irreversible 4 a 5 veces mayor. Además complicando más la situación alrededor de 1/3 de demencias coexisten con depresión (11).

c) Etiología

Existen factores neurológicos, genéticos, psicológicos y ambientales. Estudios demuestran que hay una disminución de neurotransmisores como la serotonina y noradrenalina, a los que se suman principalmente la soledad, el abandono, deterioro físico, frustraciones, jubilación si hallar ninguna actividad para hacer, enfermedad o incapacidad crónica, el aislamiento social, el duelo y la pobreza (11).

d) Clasificación

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) (25).

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional (23).

Criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR:

F32 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo CIE-10

- a. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- b. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- c. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual

- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada de apetito
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual (25)

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

- a) Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo
- b) Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes
 - Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas
 - Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 - Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
- c) Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:
 - Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
 - Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
 - Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
 - Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
 - Cualquier alteración del sueño
 - Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso (24)

F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10

- a) Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo
- b) Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0
 - Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas
 - Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 - Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
- c) Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas
 - Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
 - Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
 - Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
 - Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
 - Cualquier alteración del sueño
 - Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

- a) Criterios generales para episodio depresivo
 - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

b) Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

c) Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso (25)

e) **Diagnóstico**

La CIE y el DSM presentan criterios y síntomas a evaluar, estos criterios deben emplearse para llevar a cabo la entrevista y el juicio clínico o diagnóstico. La entrevista es el procedimiento fundamental en el diagnóstico de la depresión, ya que permite establecer una relación de confianza con el paciente (25).

En el diagnóstico clínico se debe realizar la anamnesis y la exploración del adulto mayor para reconocer síntomas depresivos, Además de buscar antecedentes de depresión en familiares de primer grado en la historia clínica del paciente. Se debe recolectar antecedentes personales de episodios afectivos, la funcionalidad del paciente antes de que se presente la enfermedad y sus rasgos propios de personalidad (11).

f) Tratamiento

Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral. La depresión puede ser tratada efectivamente, mediante la utilización de estrategias terapéuticas farmacológicas y/o psicoterapéuticas (23).

Según la autora María Álvarez en el adulto mayor, la depresión se tiene que manejar de acuerdo a un modelo de atención escalonada, de participación entre atención primaria y salud mental, logrando que los tratamientos e intervenciones se intensifiquen tomando en cuenta el estado y evolución del paciente (25).

Tratamiento según el grado de depresión:

- Depresión leve, el tratamiento más efectivo es la atención clínica de apoyo, complementada con psicoeducación y con herramientas de resolución de problemas o por consejería de apoyo. La evidencia respecto de la efectividad de las intervenciones psicosociales que puede realizar el médico general, parece ser elevada, aunque aún el número de estudios controlados es bajo.
- El tratamiento de personas con trastornos depresivos de intensidad moderada, incluye las intervenciones descritas para el episodio depresivo leve y agrega el

uso de medicamentos antidepresivos. Si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales. Si bien los inhibidores de la recaptura de serotonina son una buena primera opción de tratamiento, debe considerarse en la elección además otros factores como: respuesta a tratamientos previos, antecedente de respuesta a tratamiento en familiares, comorbilidad, costo y acceso, preferencias del paciente.

- El tratamiento de las personas con episodios depresivos de intensidad grave, incluye intervenciones descritas para la depresión leve, antidepresivos para el tratamiento de la depresión moderada y psicoterapia. Se han encontrado diferencias significativas al añadir Terapia Cognitivo Conductual al tratamiento con antidepresivos, sobretodo mientras mayor es el grado de severidad (23).

Según Lucía Buri también son útiles varios tipos de terapia por medio de “charlas”. Considera que estos métodos pueden contribuir a mantener una perspectiva más positiva de la vida, ya que el estar pensando todo el tiempo en las situaciones tristes de la vida o sobre lo que se ha perdido, puede llevar a sufrir depresión (11).

Es necesario ofrecer ayuda al paciente y a su familia una vez que se ha detectado la enfermedad, ya que uno de los factores que llevan a la depresión es la falta de comunicación, además de que muchas veces el adulto mayor no tiene con quien conversar y desahogarse sobre su situación o los problemas que lo aquejan.

2.3.9 Ansiedad

a) Definición

Se define como una sensación no placentera, difusa, acompañada de molestias físicas como opresión retroesternal, taquicardia y sudoración, se diferencia del miedo porque este se origina por factores conocidos. La ansiedad puede manifestarse de diferentes formas, experimentándose como una sensación inexplicable de destrucción inminente, excesiva preocupación originada por diferentes motivos, como miedo irracional a una cosa u objeto (27).

Se puede definir como una anticipación a un daño o desgracia futuros, acompañada de disforia y síntomas somáticos de tensión. Es importante tomar la ansiedad como un sentimiento o estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual diversas situaciones cotidianas estresantes. Es así que la ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del diario vivir, sin embargo cuando supera la capacidad adaptativa de la persona, la ansiedad se convierte en patológica, ya que provoca significativo malestar con síntomas que afectan a nivel físico, psicológico y conductual (28).

b) Epidemiología

La ansiedad es una enfermedad frecuente en el adulto mayor, con una prevalencia de 3.2 a 14.2 %. En Estados Unidos se registra un porcentaje de 7% y en Francia el 14.2%. Los trastornos de ansiedad son menores que en adultos jóvenes, en muchas ocasiones su presentación es subclínica, por lo que suelen pasar desapercibidas, mal diagnosticadas, y no son tratadas o tienen un tratamiento incorrecto; alterando la calidad de vida, relacionándose a una mayor morbimortalidad (27).

c) Etiología

Los acontecimientos que se asocian frecuentemente con ansiedad en la vejez son los duelos por pérdida de un familiar, pérdida de la independencia, la jubilación y la

institucionalización. Los factores de riesgo que se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad en la edad adulta son: sexo femenino, enfermedades crónicas, vivir solo o el divorcio, baja escolaridad, eventos estresantes a lo largo de la vida, limitación física en actividades en actividades de la vida diaria (27).

Los contactos sociales escasos y la soledad son los principales factores que predisponen al adulto mayor a padecer ansiedad por lo que se recomienda tener una historia clínica social para abordar de forma correcta los problemas de ansiedad en el adulto mayor, permitiendo intervenir de forma preventiva para reducir las manifestaciones clínicas (28).

d) Signos y Síntomas

La ansiedad presenta síntomas físicos como fatiga, cefaleas, mareos, náuseas, temblores taquicardia, taquipnea, tensión muscular y problemas de la esfera sexual, así como síntomas psicológicos y conductuales, tales como la irritabilidad, pobre concentración, excesiva preocupación, desasosiego, dificultad para controlarse y sensación de muerte inminente. Se puede presentar ansiedad subclínica o síntomas de ansiedad que causan angustia o deterioro funcional, pero que no cumplen criterios diagnósticos para ansiedad (28).

e) Diagnóstico

La evaluación clínica debe incluir antecedentes de sintomatología ansiosa, lista de medicamentos prescritos, uso y abuso de sustancias y escalas de tamizaje. Criterios diagnósticos del trastorno de Ansiedad:

- a) Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos

b) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación

c) Se asocia a tres (o más) de los síntomas siguientes

:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño)
- Los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos de sustancias (fármacos o drogas)

Las pruebas de laboratorio pueden contribuir en el diagnóstico de condiciones médicas que producen síntomas de ansiedad, realizar biometría hemática completa, electrocardiograma, prueba de función tiroidea, útiles para excluir enfermedades asociadas a ansiedad (27).

f) Tratamiento

Tratamiento no farmacológico: Basado en la psicoterapia, cuyo objetivo es producir cambios para mejorar la salud mental del paciente, atenuando o modificando los síntomas existentes, además de cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento de una personalidad positiva. Según resultados de encuestas a personas, refieren que prefieren un tratamiento psicológico a un farmacológico, estableciendo una relación de apoyo, cuando el profesional hace un buen uso de la entrevista clínica, construye una relación desde la escucha activa, valida los sentimientos e ideas del paciente, permite la expresión de emociones para fortalecer la autonomía (28).

Se debe valorar el apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir cambios en el estilo de vida más apropiados. Se recomienda el uso de Terapia cognitivo conductual cuando no sea posible emplear fármacos o el paciente se rehúse al tratamiento, llevándose a cabo en un plazo máximo de 4 meses. En caso de que el paciente no muestre mejoría se debe aplicar un tratamiento de mayor duración y de más intensidad (27).

Tratamiento farmacológico: Se debe considerar lo siguiente para iniciar el tratamiento farmacológico: tratamiento previo, preferencias del paciente, comorbilidades, riesgo de suicidio, tolerancia y dependencia (alcohol, drogas, fármacos), interacciones farmacológicas, costos. Los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) o inhibidores de recaptura selectivos de noradrenalina (IRSN). Iniciar con dosis bajas, seguido de un ajuste gradual de las dosis (28).

2.4 Marco Legal

Para este estudio se tomó en cuenta a la Constitución de la República del Ecuador, Plan territorial y el Plan Nacional del Buen Vivir.

2.4.1 Constitución del República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, menciona en sus artículos el acceso a la salud como un derecho primordial:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo,

la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Sección segunda salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la

promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- *El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.*

Art. 362.- *La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.*

Art. 363.- El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto. 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud. 167 Art.

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado (29).

2.4.2 Plan Territorial

En la búsqueda por articular y desconcentrar la acción pública estatal, como una forma efectiva y eficiente de acortar distancias entre gobernados y gobernantes, y mejorar la compleja articulación entre los diferentes niveles administrativos de gobierno, el Ejecutivo inició los procesos de desconcentración y descentralización que se harán efectivos a través de los gobiernos autónomos descentralizados (GAD) y las entidades del

Ejecutivo en el territorio. Para el efecto, se emitió el Decreto Ejecutivo No. 878, publicado en el Registro Oficial No. 268 del 8 de febrero de 2008, que establece siete regiones administrativas y que se modifican mediante Decreto Ejecutivo No. 357, publicado en el Registro Oficial No. 205 del 2 de junio de 2010, denominándose zonas de planificación, de acuerdo con el siguiente artículo: Artículo 6.- Se establecen nueve zonas administrativas de planificación en las siguientes provincias y cantones.

Las zonas están conformadas por provincias, de acuerdo a una proximidad geográfica, cultural y económica. Tenemos 9 zonas de planificación. Cada zona está constituida por distritos y estos a su vez por circuitos. Desde este nivel se coordina estratégicamente las entidades del sector público, a través de la gestión de la planificación para el diseño de políticas en el área de su jurisdicción.

Zona 1: Provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos

La Zona de Planificación 1 tiene una superficie de 42.065 km² (15,46%, respecto de la superficie nacional). Comprende las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos. La población proyectada al 2010 refleja un total de 1.290.215 habitantes, en relación con los datos del Censo 2001, el

11,7% de población es indígena y 18,4% población afroecuatorianos, lo que representa 8,32% del total nacional. Se encuentra distribuida en 27 cantones, 144 parroquias rurales y 39 parroquias urbanas (30).

2.4.3 Plan Nacional de Buen Vivir

Se ha tomado en cuenta el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir.

Objetivo 3.- “Mejorar la calidad de vida de la población”

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Políticas:

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

3.7 Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población (31).

Se ha tomado en cuenta La ley de derechos y amparo del paciente, la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las personas Adultas Mayores.

2.5 Marco Ético

Se tomó en cuenta los derechos del paciente, código deontológico de la enfermera, la ley orgánica de protección prioritaria de los derechos de las personas adultas mayores

2.5.1 Derechos del paciente

CONSIDERANDO:

QUE, la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la República;

QUE, estos derechos sólo pueden ejercerse dentro de un marco legal que precautele la inmediata atención de las personas en casos de emergencia en los servicios de salud;

QUE, los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad; y, En ejercicio de sus facultades constitucionales, expide la siguiente:

Ley de derechos y amparo al paciente

Capítulo I.

Derechos del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Concordancias:

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Concordancias:

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Concordancias:

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Amparo al paciente en situaciones de emergencia

Art. 7.- Situación de emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a

las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió (32).

2.5.2 Código Deontológico de Enfermería

***Artículo 4.-** La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.*

***Artículo 5.-** Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.*

***Artículo 10.-** Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las*

instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo (33).

2.5.3 Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las personas Adultas Mayores

Título I

Principios y Disposiciones Fundamentales

Art. 1.- Objeto.- El objeto de esta ley es promover, regular y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, en el marco del principio de la atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas, con un enfoque de género, generacional e intercultural.

Art. 2.- Ámbito.- Esta ley será aplicada para:

- 1. Las personas adultas mayores ecuatorianas o de otro origen nacional que se encuentren en el territorio ecuatoriano;*
- 2. El o la conyugue o pareja en unión de hecho, sus parientes hasta segundo grado de consanguinidad y quienes tengan la responsabilidad de su cuidado en lo que les fuera aplicable; y*

3. *Las personas jurídicas públicas, privadas y de economía mixta sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de personas adultas mayores, debidamente acreditadas por la autoridad competente.*

Art. 3.- Fines.- *Por la presente Ley se determinan los siguientes fines:*

- a) *Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación;*
- b) *Orientar políticas, planes y programas de parte del Estado, la sociedad y la familia, que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento;*
- c) *Promover la corresponsabilidad y participación del Estado, la sociedad y la familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos;*
- d) *Garantizar y promover la integración, participación ciudadana activa e inclusión plenas y efectivas de las personas adultas mayores en los ámbitos de construcción de políticas públicas;*
- e) *Garantizar el ejercicio de una vida digna mediante el acceso y disponibilidad de servicios necesarios con calidad y calidez;*

f) Promover la eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad en contra de las personas adultas mayores, y sancionar a quienes incurran en estas acciones en el marco de las competencias de esta Ley.

Art. 4.- Principios fundamentales.- *Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta como principios rectores:*

- a. Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual y colectiva.*
- b. Igualdad formal y material: Todas las personas adultas mayores son iguales ante la ley y gozarán de su protección y beneficio sin discriminación alguna. Se garantizará el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de satisfacciones necesarias para el bienestar de las personas adultas mayores sin distinción de ninguna naturaleza, respetando los enfoques de género, generacional, intercultural, territorial y de integralidad de derechos.*

- c. *Integración e Inclusión:* Se procurará la incorporación de las personas adultas mayores en las actividades públicas y privadas que sean de su interés, valorizando la diversidad humana y fortaleciendo la aceptación de las diferencias individuales con el objetivo de convivir, contribuir y construir oportunidades reales para el ejercicio de sus derechos.
- d. *No discriminación:* Ninguna persona adulta mayor será discriminada a causa de cualquier distinción o particularidad, ni deberá estar sujeta a acciones u omisiones que tengan como efecto anular, excluir o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública o privada.
- e. *Participación Activa:* Se procurará la intervención protagónica de las personas adultas mayores en todos los espacios públicos, de toma de decisiones, en el diseño, elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos, que sean de su interés; para lo cual el Estado proveerá los mecanismos y las medidas necesarias para su participación plena y efectiva, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos en el desarrollo social, económico, cultural y político del Estado.

Título II

De los sujetos de la ley y sus deberes

Capítulo I

De los Sujetos

Art. 5.- Persona adulta mayor.- Para la presente ley, se considera persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad. Para hacer efectivos sus derechos, bastará la sola presentación de la cédula de ciudadanía, pasaporte o algún documento que demuestre su identidad, exceptuando a la persona adulta mayor que se encuentre en situación de movilidad humana; sin perjuicio de que las personas adultas mayores que pertenezcan a comunas, comunidades, pueblos o nacionalidades pudieran tener otro medio de prueba al descrito anteriormente atendiendo a su especificidad intercultural.

Capítulo III

De los Deberes del Estado, la sociedad, la familia y las personas adultas mayores

Art. 8.- Deberes del Estado: Corresponde al Estado los siguientes deberes:

- a. *Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas adultas mayores;*
- b. *Dictar políticas públicas, planes, programas y proyectos de atención integral en beneficios de las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias propias de las personas, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades.*
- c. *Fomentar con las personas mayores la participación, concertación y socialización en la definición y ejecución de las políticas públicas, garantizando el mayor grado posible de su autonomía personal;*
- d. *Fomentar la formación de organizaciones de personas adultas mayores sin fines de lucro que promuevan los derechos de esta población;*
- e. *Promover una cultura de solidaridad y respeto hacia las personas adultas mayores;*
- f. *Promover la creación de centros especializados y hospitales geriátricos, públicos y privados, que prevengan el deterioro rápido del envejecimiento, brinden atención a las personas adultas mayores, así como centros de acogida para quienes se encuentren en estado de abandono, no puedan ser atendidas por sus familias, carezcan de un lugar permanente de residencia.*

Art. 9.- Deberes de la Sociedad: *Corresponde a la sociedad los siguientes deberes:*

- a. *Dar un trato especial y preferente a las personas adultas mayores;*
- b. *Generar espacios de promoción de derechos y reconocimiento del saber, habilidades, competencias, destrezas y potencialidades de las personas adultas mayores;*
- c. *Propiciar la participación de las personas adultas mayores en actividades de su interés;*
- d. *No aplicar criterios de discriminación y exclusión social en sus acciones cotidianas en contra de las personas adultas mayores.*

Art. 10.- Deberes de la Familia; *Corresponde a la familia los siguientes deberes:*

- a. *Reconocer y fortalecer las habilidades, competencias, destrezas, conocimientos y potencialidades de las personas adultas mayores;*
- b. *Crear un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo de las personas adultas mayores;*
- c. *Proporcionar a las personas adultas mayores espacios de recreación, cultura y deporte;*
- d. *Atender las necesidades psicoafectivas de las personas adultas mayores cuando se encuentren en condiciones de institucionalización. En ningún caso*

podrán ser abandonadas o estar a cargo de la institución sin mantener los lazos familiares.

Art.11.- Deberes de las personas adultas mayores:

Además de los deberes que establecen la Constitución y las leyes, corresponden a las personas adultas mayores los siguientes:

- a. Desarrollar actividades de autocuidado de su cuerpo, mente y del entorno;*
- b. Integrar a su vida hábitos saludables y de actividad física;*
- c. Hacer uso racional de los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas prescritas;*
- d. Participar activamente en las actividades deportivas, recreativas, culturales que le permitan envejecer sanamente, y de planeación de políticas públicas y programas que se diseñen a favor de este grupo de población en lo local;*

Sección I

Del Derecho a la vida y dignidad

Art. 14.- Derecho a la vida y a la vida digna: *Se reconoce y garantiza la protección del derecho a la vida de las personas adultas mayores, que además de su respeto, incluye el derecho a gozar de una vida digna,*

para lo cual el Estado, la familia y la sociedad están en obligación de generar las condiciones necesarias para su goce efectivo, así como, de garantizar todos los derechos conexos que ayuden a este fin.

Sección II

Del Derecho a la Independencia y Autonomía

Art. 18.- Libertad personal en los centros de acogida.-
El Estado deberá adoptar medidas adecuadas a fin de asegurar la libertad de la persona adulta mayor en situación de institucionalización permanente o transitoria y a proteger su seguridad personal. Siempre la institucionalización debe ser voluntaria, manifestando su consentimiento previo, libre e informado de acuerdo a la presente ley.

Sección IV

Del Derecho a la cultura, deporte y recreación

Art. 21.- Derecho a la recreación.- *El Estado y los gobiernos autónomos descentralizados promoverán el desarrollo de servicios, programas y espacios apropiados para actividades de recreación y esparcimiento para la persona adulta mayor, atendiendo su condición de atención prioritaria, en particular para aquella en situación de*

institucionalización, tomando en cuenta sus intereses y necesidades a fin de promover su autorrealización, evitar su aislamiento y estimular el desarrollo de sus potencialidades.

Sección XIV

Del Derecho a la Salud física, mental, sexual y reproductiva

Art. 61.- Del derecho a la salud integral.- *El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural (34).*

CAPÍTULO III

3.- Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Esta investigación tiene un diseño cuali-cuantitativo, no experimental.

Cualitativo.- Porque brinda una descripción y análisis de las principales enfermedades mentales que afectan a los adultos mayores, además de la aplicación de una entrevista para facilitar la recolección de la información.

Cuantitativo.- Porque se aplicó una encuesta con evaluaciones validadas y aplicadas anteriormente para la valoración del estado mental, además de que se representan los resultados obtenidos mediante cifras y modelos estadísticos para explicar lo que se observa.

No experimental.- Porque las variables a tomar en cuenta en los miembros del grupo del adulto mayor no se modificaron y se presentan tal como se observaron.

3.2. Tipo de Estudio

El tipo de estudio es descriptivo, observacional y transversal.

Descriptivo.- Ya que estudia y especifica la información obtenida acerca del estado de salud mental del grupo de estudio en sus condiciones naturales.

Observacional. - Ya que permite, ver minuciosamente el fenómeno y analizarlo tal como se presenta, sin manipular el factor de estudio.

Transversal.- Ya que la investigación se realizó en un determinado lapso de tiempo y su intervención fue por una sola ocasión.

Para la Incidencia se determina la siguiente fórmula:

$$I_{A_{(at)}} = \frac{N^{\circ} \text{ eventos nuevos}}{N^{\circ} \text{ individuos susceptibles al comienzo}} \quad \times 100.000 \text{ habitantes}$$

3.3. Localización y ubicación del estudio

Este estudio se realizó en el Centro de Salud N° 1 de Tulcán, en la Asociación del adulto mayor “Luz y Vida”.

3.4. Población

Adultos mayores pertenecientes a la Asociación Luz y Vida.

3.4.1. Universo y muestra

El Universo y muestra son el total de 80 Adultos mayores miembros de la Asociación.

3.4.2. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores que conforman la Asociación “Luz y Vida”

- Adultos mayores que se encuentren en el Centro de Salud, el día de la aplicación de la encuesta
- Adultos mayores que aceptaron formar parte de la investigación

3.4.3. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no conforman la Asociación “Luz y Vida”
- Adultos mayores que no se encuentren el día de la aplicación de la encuesta
- Adultos mayores que no estén de acuerdo con la investigación

2.- Identificar el estado de salud mental de cada adulto mayor de la Asociación Luz y vida.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Salud mental	Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	Estado de Salud Cognitivo	<p>-Fecha actual, día, mes y año</p> <p>-Recordar tres objetos</p> <p>-Serie de números repetidas al revés, 1-3-5-7-9</p> <p>-Tomar un papel y doblarlo</p>	<p>1 punto por respuesta correcta: Mes ____ Día mes ____ Año ____ Día semana ____</p> <p>1 punto por objeto recordado Árbol ____ Mesa ____ Avión ____</p> <p>- reducir 1 punto por número que no se mencione, o por cada número que se añada 9-7-5-3-1</p> <p>1 punto por cada acción correcta Total: _____ Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____</p>

			<ul style="list-style-type: none"> -Maneja su propio dinero -Hace compras solo -Usa la estufa -Prepara la comida -Se mantiene al tanto de acontecimientos -Es capaz atender, entender y discutir -Recuerda compromisos o acontecimientos familiares -Maneja su medicamentos -Camina por el vecindario y encuentra el camino de vuelta -Saluda a amigos -Se queda en casa solo 	<ul style="list-style-type: none"> -Si es capaz 0 -Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo 0 -Con alguna dificultad, pero puede hacerlo 1 -Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora 1 -Necesita ayuda 2 -No es capaz 3
		Estado de salud afectivo	<ul style="list-style-type: none"> -Se siente satisfecho con su vida -Abandono de actividades que hacía antes 	<ul style="list-style-type: none"> -SI -NO -SI

			-Siente su vida vacía -Se siente aburrido frecuentemente -Está de buen ánimo la mayoría de tiempo -Teme que algo le va a pasar -Se siente feliz la mayor parte del tiempo -Se siente desamparado -siente que tiene más problemas de memoria que los demás de su edad -Cree que es maravilloso estar vivo. -Se siente inútil Se siente lleno de energía -Cree que otras personas están mejor que usted.	-NO -SI -NO -SI -NO -SI -NO
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.- Objetivo: Identificar los factores psicosociales que influyen en la salud mental del adulto mayor de la Asociación Luz y vida.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores Psicosociales	Funcionamiento de los individuos en sus respectivos entornos físicos y sociales, es decir como partes integrantes de una sociedad o comunidad y como, tanto ser humano, como entorno en el cual se desarrolla este.	Psicología Social	-Relación con la familia -Relación con otras personas del entorno -Violencia -Estrés -Entorno Socioeconómico	-Vivir solo -Hijos no lo visitan -Muerte de un ser querido -Necesidad de amigos -Necesidad de recreación -Verbal -Psicológica -Hogar -Trabajo -Enfermedad o discapacidad -No tener vivienda -No tener dinero para gastos básicos -No tener empleo

3.6. Métodos de recolección de información

Para este estudio se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos, en la que constan los siguientes tests: El Mini Examen del Estado Mental (MMSE), La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire) y La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La encuesta se llevó a cabo a modo de entrevista debido a que algunos de los adultos mayores no saben leer ni escribir, además de facilitarles la comprensión de las preguntas; lo cual nos permitió tener conocimiento más profundo sobre la situación en la que se encuentran los encuestados.

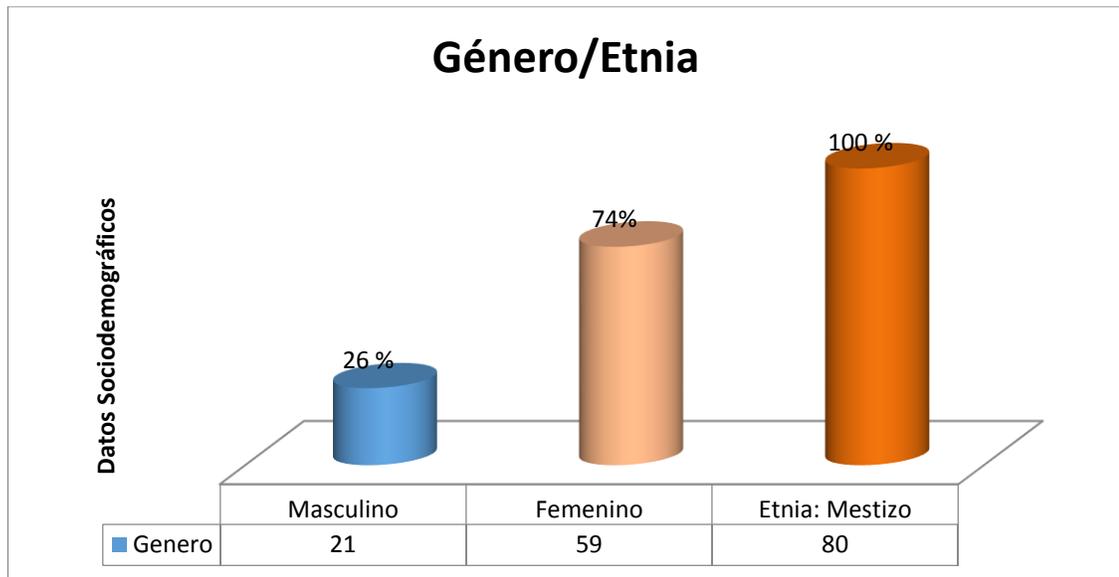
3.7. Análisis de datos

Con la información obtenida se realizó una base de datos en el programa Microsoft – Excel, para realizar la respectiva tabulación.

CAPÍTULO IV

4.- Resultados de la investigación

Gráfico 1: Género/Etnia



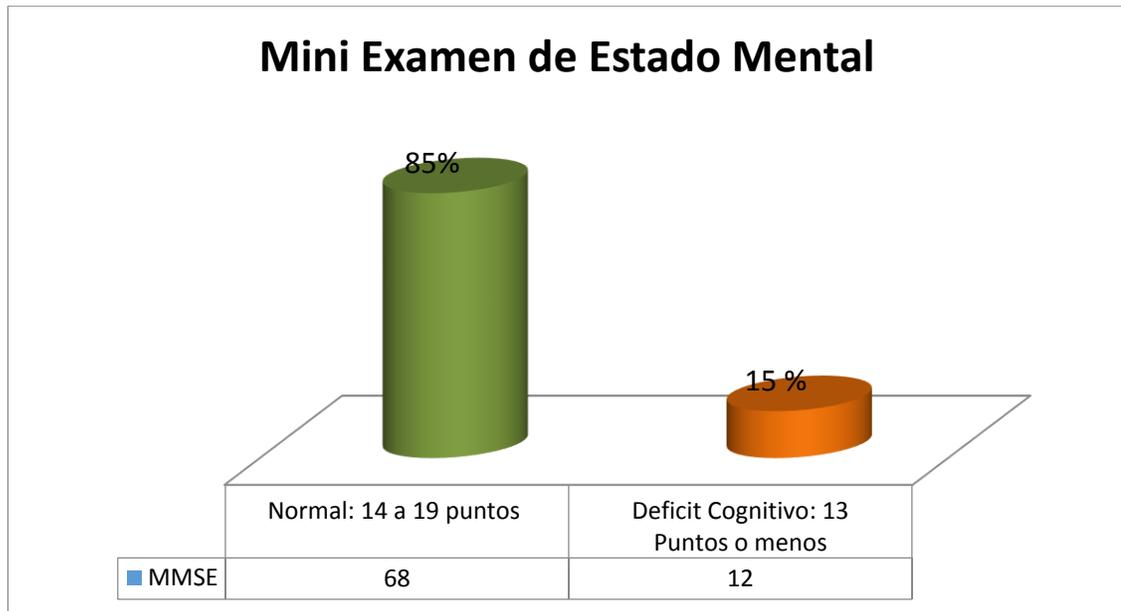
En la Asociación Luz y Vida de Tulcán, existe un mayor porcentaje de personas de género femenino y el género masculino representa un porcentaje menor, perteneciendo el 100% a la etnia mestiza. El INEC en 2016 registró un mayor índice de mujeres, representando el 50,48%, además menciona que las mujeres ecuatorianas presentan una mayor esperanza de vida con 79,3 años frente a 73,66 años de los hombres (35). En cuanto a la etnia el Ministerio Coordinador de Patrimonio Natural y Cultural menciona que el 77,4% de la población del Ecuador es mestiza (36). En este estudio hay un porcentaje considerable de personas de sexo femenino, se observa que son las mujeres quienes asisten más a esta clase de grupos, ya que la mayoría de hombres prefieren estar en su casa o no les gusta la idea de asistir a reuniones, pensando erróneamente que esto no es para los hombres, perdiendo la oportunidad de socializar y distraerse.

Tabla 1: Estado Civil, Nivel de Instrucción y Residencia

Estado Civil			Nivel de Instrucción			Residencia		
Carácter	Cantidad	Porcentaje	Carácter	Cantidad	Porcentaje	Carácter	Cantidad	Porcentaje
Soltero	13	16%	Primaria	59	74%	Urbana	73	91%
Casado	46	58%	Secundaria	0	0%	Rural	7	9%
Divorciado	7	9%	Superior	0	0%			
Viudo	14	17%	Ninguno	21	26%			
Unión Libre	0	0%						

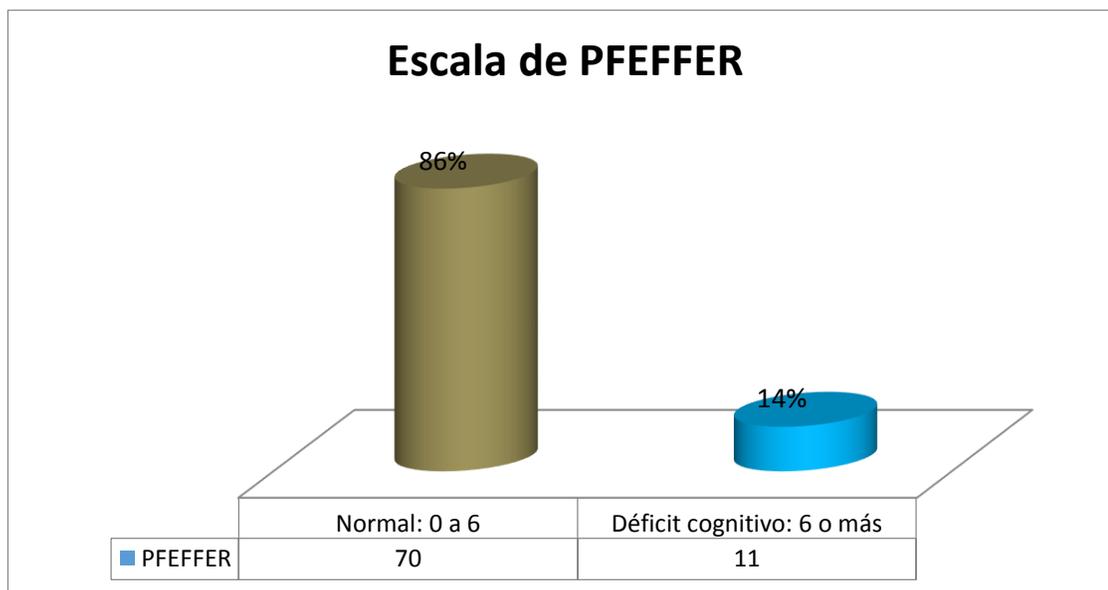
Análisis: En este estudio existe un mayor porcentaje de personas casadas, frente a una mínima cantidad de personas solteras y divorciadas. El INEC menciona en una de sus encuestas que los matrimonios antes tenían un mayor porcentaje, actualmente los matrimonios han disminuido en 22,01% (37). De acuerdo al nivel de instrucción la mayoría de ellos culminaron únicamente el nivel primario de educación, mientras que el resto de los encuestados no tiene ninguna clase de instrucción, en el 2010 el INEC indica que los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad, alcanzando el quinto año de EGB, con un promedio de 5,4 (38). Respecto al lugar de residencia en esta investigación existe un porcentaje elevado de personas que viven en una zona urbana con el 91%, cifra que se relaciona con estudios realizados en el país, que mencionan que la mayor parte de los habitantes está en el área urbana (36). En el pasado los matrimonios eran más duraderos debido a diversos factores como la educación y los valores, por ello los adultos mayores continúan sus matrimonios, con pocos casos de divorcios. En cuanto al nivel de instrucción, ninguno de los encuestados continuó sus estudios secundarios, además que existen adultos mayores sin ninguna instrucción, el cual es un importante factor de riesgo para desarrollar enfermedades mentales, ya que se ha observado en las personas con alto nivel educacional, una reserva cognitiva que facilita la tolerancia a los cambios cerebrales producidos por la edad.

Gráfico 2: Mini Examen de Estado Mental (MMSE)



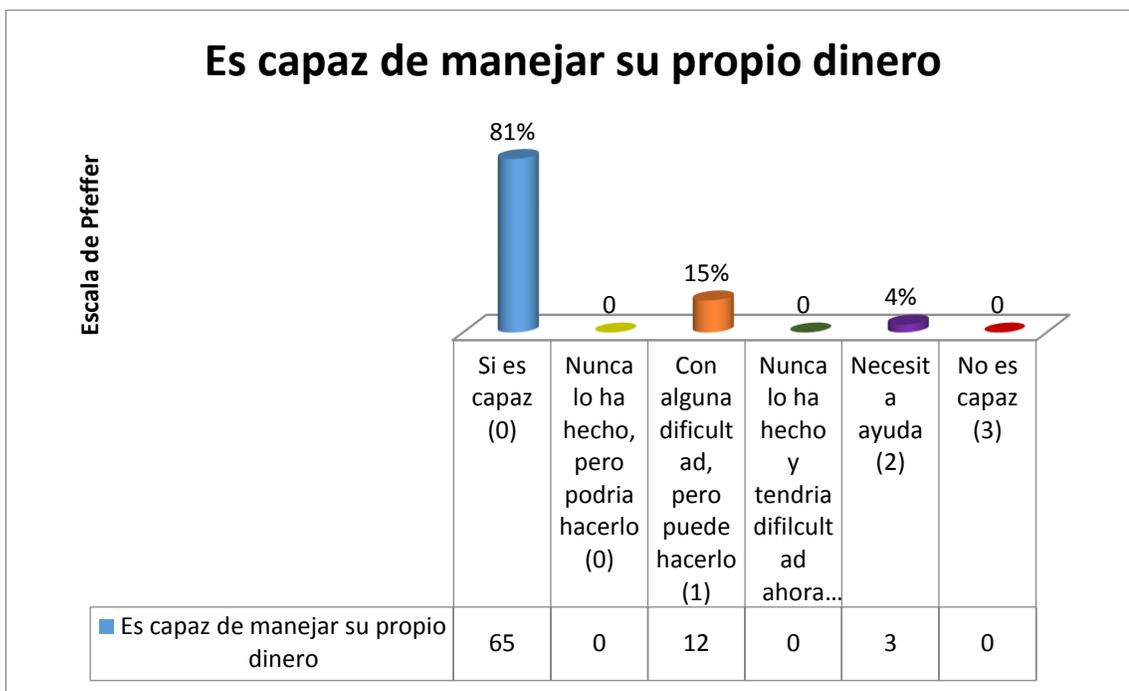
De acuerdo al examen aplicado, se ha determinado que un 15% presenta déficit cognitivo, presentando dificultad en el cálculo, la orientación y la memoria. Los trastornos cognitivos no han estado presentes en un individuo desde el inicio, es decir lo desarrolla con el pasar del tiempo, debido a un declive propio de la vejez (39). Según estudios epidemiológicos la prevalencia de deterioro cognitivo y demencia aumentan con la edad, es así que en la población entre 60 y 65 años, hay una mínima prevalencia de 1%, en la población entre 80 y 85 años es del 13% y en la población entre 90 y 95 años apunta a 32% (17). Conforme pasan los años el adulto mayor sufre un deterioro en su salud mental, por lo que tiende a desarrollar trastornos que pueden llevarlo a la incapacidad; en este estudio las edades de los adultos mayores oscilan entre los 64 y 75 años, por lo que presentan menos probabilidad de desarrollarlas, sin embargo pueden desarrollarlas en el futuro o en algunos casos se pueden presentar tempranamente. En este estudio se encontró una incidencia de deterioro cognitivo de: 12 casos nuevos / 80 individuos = $0,15 \times 100.000$ habitantes. Se consideraba que no existía ningún caso, por lo que los resultados eran desconocidos para el grupo y su dirigente.

Gráfico 3: Valoración del Estado de Salud Mental



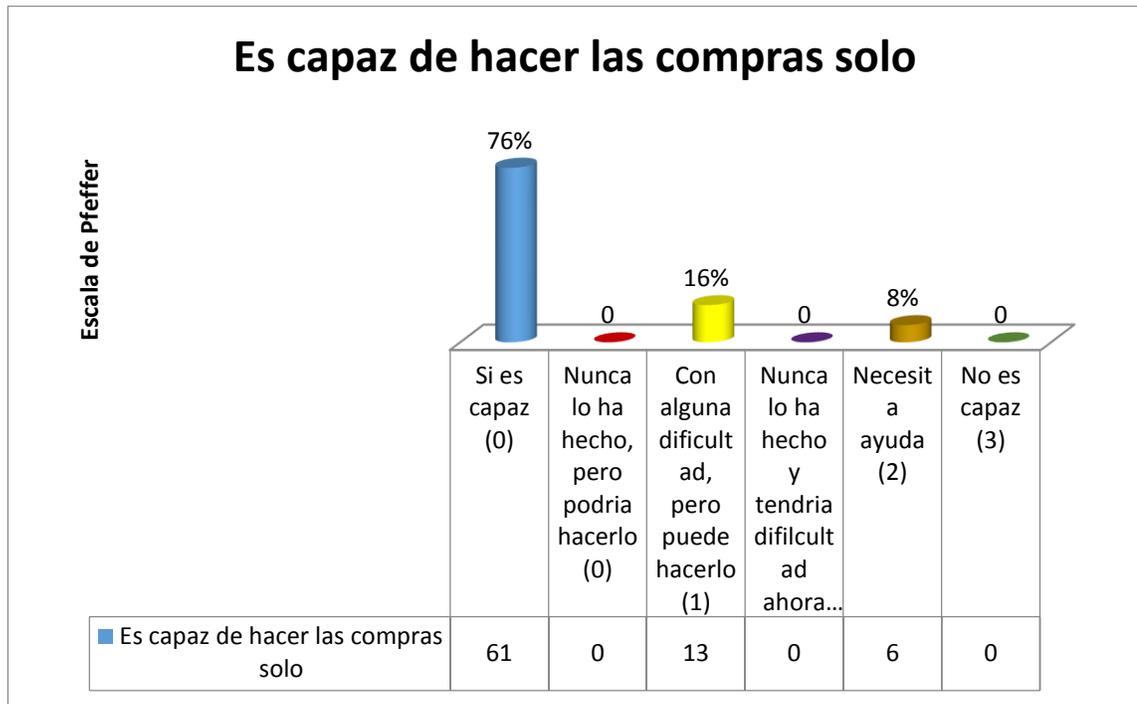
De acuerdo al Examen de Estado mental aplicado, un 14% presenta déficit cognitivo ya que manifiestan dificultad al realizar ciertas actividades instrumentales de la vida diaria. La OPS recomienda que al aplicar el Mini Examen de Estado Mental, para mejor valor diagnóstico positivo se aplique en combinación con la escala de Pfeffer, los cambios en el funcionamiento cognitivo a menudo requieren intervenciones puntuales y agresivas, ya que aunque los adultos mayores tienen un riesgo más alto, el deterioro cognitivo no es considerado como un proceso normal o irreversible del envejecimiento (19). En la vejez se presentan cambios en el sistema nervioso como la atrofia cerebral, disminución de neurotransmisores, como la acetilcolina que participa con el sistema límbico en el aprendizaje, la presencia de radicales libres debido a la muerte celular, relacionada a una mayor pérdida de la memoria. Este deterioro produce disminución en la capacidad de almacenamiento, la capacidad ejecutiva, lento aprendizaje, dificultad para recordar eventos recientes; estos cambios afectan de manera diferente a cada individuo, siendo más severos en unos que en otros, llegando a casos más graves como la demencia, por lo que tendrían que depender de su familia.

Gráfico 4: ¿Es capaz de manejar su propio dinero?



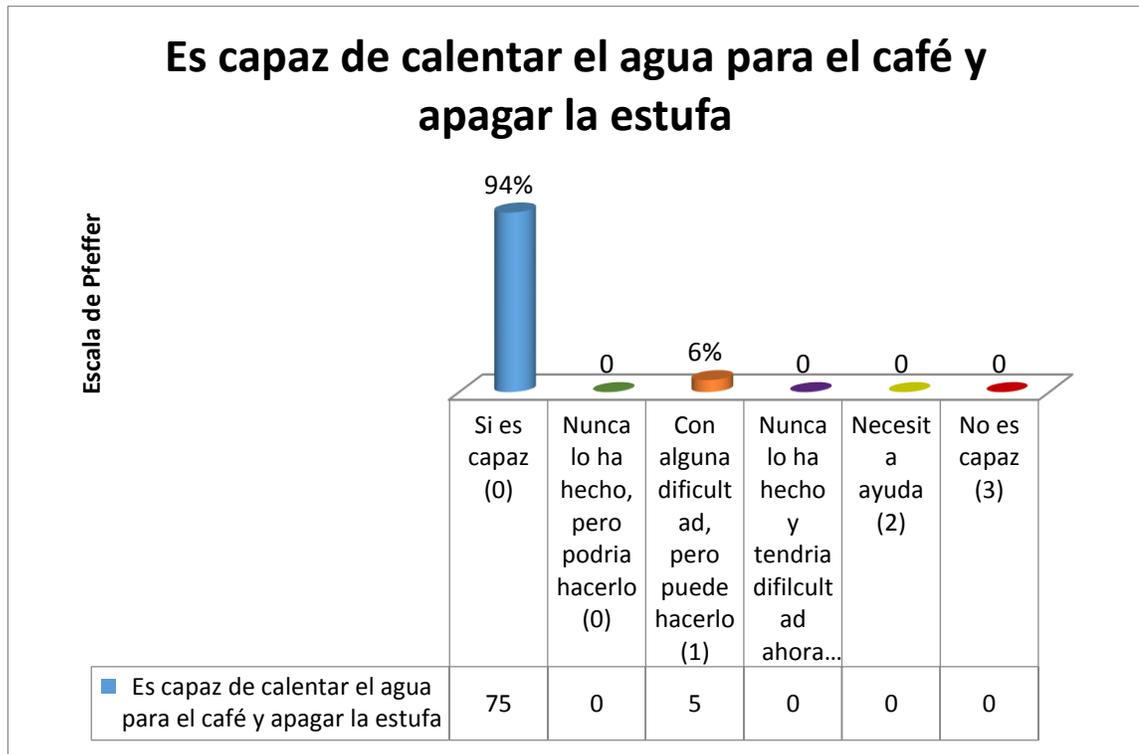
Según la pregunta realizada un porcentaje considerable de los adultos mayores aún son capaces de manejar su propio dinero, mientras que una menor cantidad lo hace con alguna dificultad o necesita ayuda, pero puede hacerlo. Según un estudio realizado por la Universidad de San Luis Potosí, alrededor del 25% de los adultos mayores a partir de los 65 años de edad necesita ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, una de ellas es el manejo del dinero (9). En el envejecimiento se presenta un proceso lento en el procesamiento e identificación de tareas por lo que no se cuenta con la información necesaria para ejecutarlas, además se ha asociado el enlentecimiento por el declinar de la inteligencia en la vejez (39). Una de las funciones que declinan en el adulto mayor es la capacidad del cálculo por lo que a algunos les resulta difícil usar su dinero en diferentes actividades y otros ya dejaron de hacerlo por completo ya que muchas veces no son capaces de pagar y recibir su cambio correctamente, por lo que pueden ser estafados.

Gráfico 5: ¿Es capaz de hacer las compras solo?



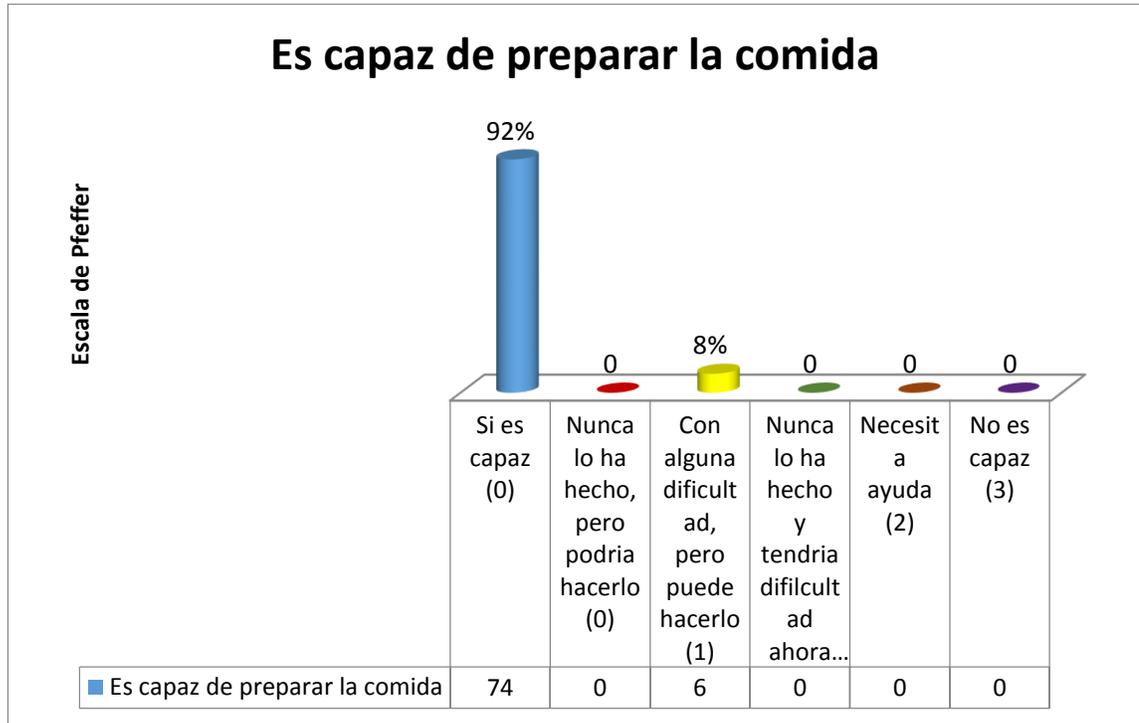
Se evidencia que el 16% y 8% ya necesitan ayuda para salir y hacer compras solo. El adulto mayor experimenta cambios vasculares que se manifiestan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido fibroso por lo que los vasos se tornan más gruesos y rígidos, causando hipoperfusión cerebral con déficit en la función ejecutiva y memoria, dificultando realizar actividades que les han sido encomendadas como ir de compras (17). El organismo del adulto mayor sufre diferentes cambios fisiológicos manifestándose con la dificultad para llevar a cabo funciones que antes hacía con facilidad, necesitando de esta manera ayuda de otras personas, lo que puede resultar molesto tanto para el adulto mayor como para su acompañante ya que existe una dependencia, logrando en ocasiones que el adulto mayor se sienta inútil, afectando además su salud emocional.

Gráfico 6: ¿Es capaz de calentar el agua para el café y apagar la estufa?



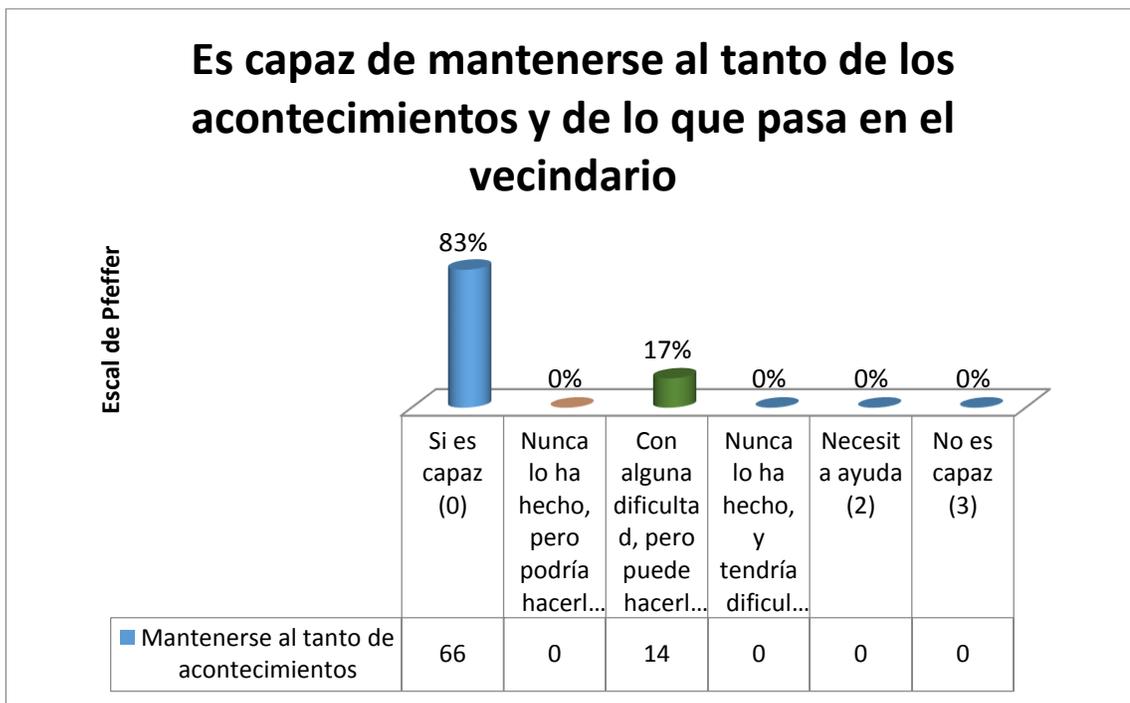
Se puede observar que la gran mayoría de las personas encuestadas si es capaz de calentar el agua para el café y apagar la estufa a diferencia de un mínimo porcentaje que lo hace pero con alguna dificultad o ayuda. Según investigaciones realizadas sobre las actividades de la vida diaria, el hacer uso de la estufa es considerada una actividad instrumental de la vida diaria que requiere mayor complejidad cognitiva y motora e implican la interacción con el medio, por lo que poco a poco esta actividad resultará menos accesible para el adulto mayor (9). El adulto mayor puede ser capaz de satisfacer sus necesidades plenamente sin ninguna ayuda, determinando así su grado de funcionalidad, sin embargo el envejecimiento no es igual en todos los individuos; algunos pueden sufrir un mayor deterioro que otros, manifestando dificultades tempranamente.

Gráfico 7: ¿Es capaz de preparar la comida?



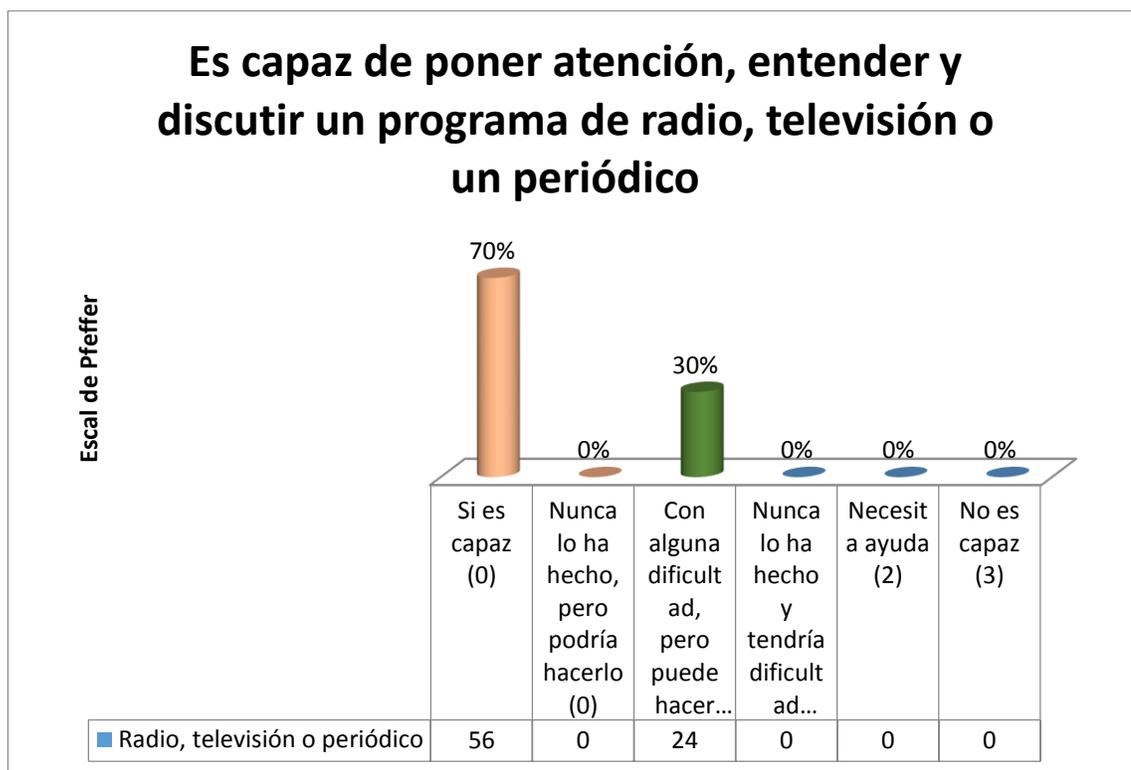
De acuerdo a la respuesta de los adultos mayores encuestados el 92% si es capaz de preparar la comida que se va a servir, además de hacerlo para su familia, mientras que el resto presenta dificultad para hacerlo, limitándose a cocinar comida básica o cocinar solamente para ellos. Cuando sea posible, el médico de primer contacto, deberá de tener una entrevista con el paciente y la familia para reconocer la pérdida de memoria, conducta y cualquier desviación de la normalidad de las funciones del adulto mayor (17). El deterioro cognitivo se puede detectar en la consulta médica, en la atención primaria, por ello es importante aplicar una evaluación neurocognitiva a todos los adultos mayores que hayan cumplido los 65 años de edad y luego periódicamente cada 3 años se debe actualizar esta información, este deterioro empieza a desarrollarse a partir de esta edad y puede presentarse años más tarde por lo que con una sola evaluación no será suficiente.

Gráfico 8: ¿Es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?



La mayoría de los encuestados si son capaces de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario, mientras que el porcentaje restante ya presenta dificultad para hacerlo. Una investigación sobre la funcionalidad del adulto mayor y cuidado enfermero, menciona que dentro de las actividades avanzadas de la vida diaria el adulto mayor debe ser capaz de cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares, siendo parte de tareas de recreo u ocupacionales (9). Las relaciones sociales se encuentran ligadas con resultados positivos de salud mental y bienestar, por lo que es necesario que el adulto mayor se relacione con el entorno (16). Para el adulto mayor es importante el factor social, por lo que no debe encerrarse en su medio, sino compartir con las personas que lo rodean, como la familia, vecinos, personas allegadas y amigos, enterarse de noticias y poder comunicarlas, ya que esto contribuye a la distracción y pasatiempo que cada individuo necesita.

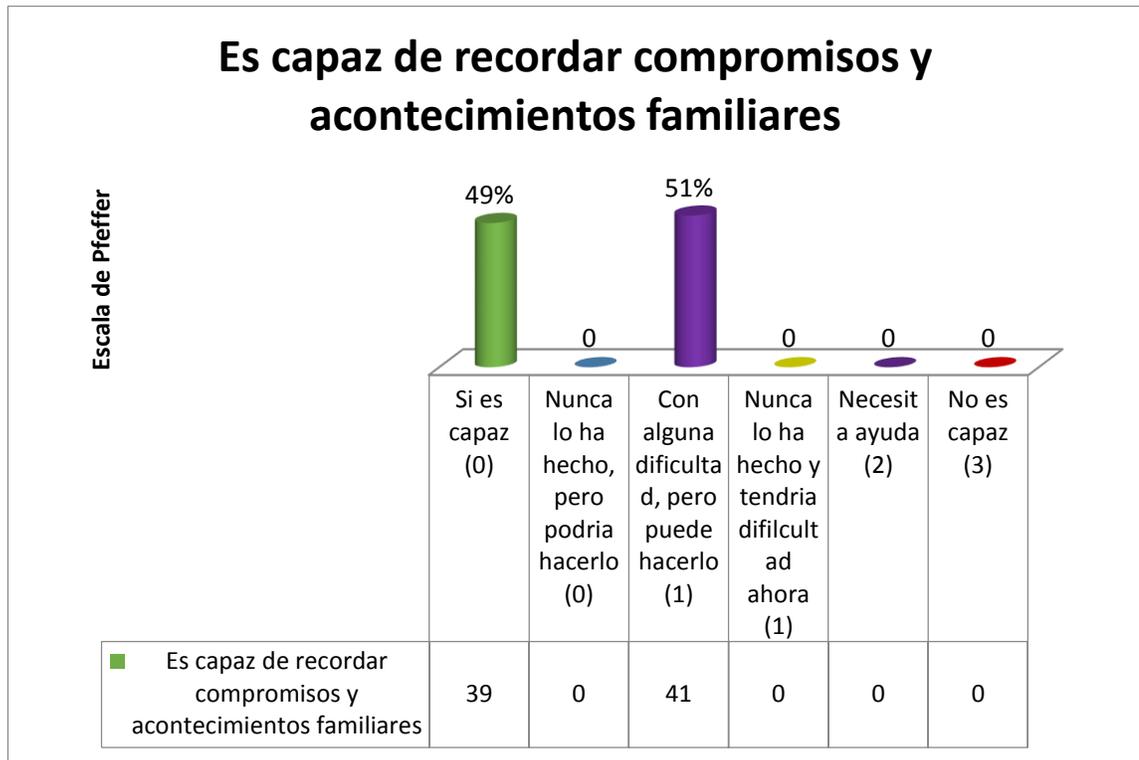
Gráfico 9: ¿Es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un periódico?



Se observa que más de la mitad de los adultos mayores son capaces de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un periódico, frente a una menor cantidad que lo hace pero con cierta dificultad. Según un estudio realizado en Montevideo sobre el Deterioro cognitivo en la vejez, la atención es una de las funciones que declinan, presentando inconvenientes a la hora de seleccionar la información que es importante de la que no lo es, dificultando mantener una discusión sobre uno o diversos temas de conversación (39). Según una investigación sobre los Trastornos Psicogerítricos, el adulto mayor puede presentar complejidad al momento de realizar tareas que requieren atender varias cosas a la vez o cuando se requiere organizar la información (22). En el envejecimiento se produce una disminución en la conectividad a nivel de hipocampo afectando el procesamiento de la información y la atención; es

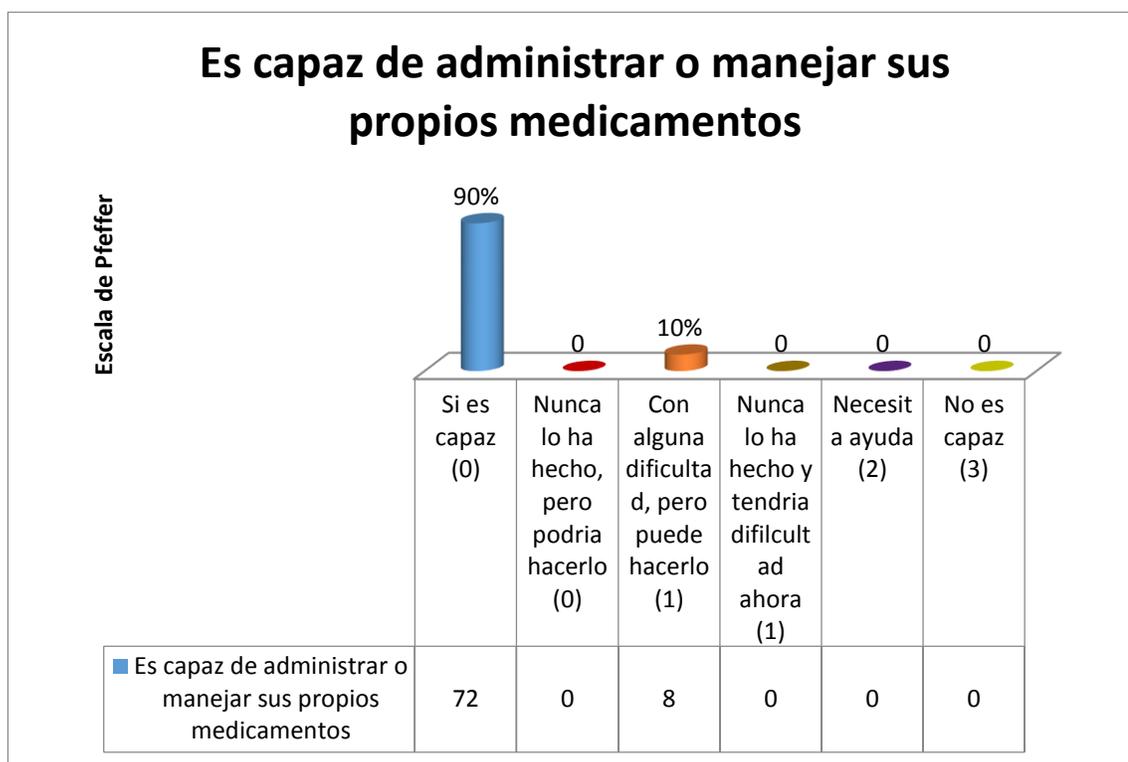
importante tomar en cuenta la atención en el deterioro cognitivo ya que interviene en la activación de otros procesos mentales como la percepción, la memoria o el lenguaje. Las dificultades de atención junto con la pérdida de memoria son un indicio de deterioro cognitivo.

Gráfico 10: ¿Es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?



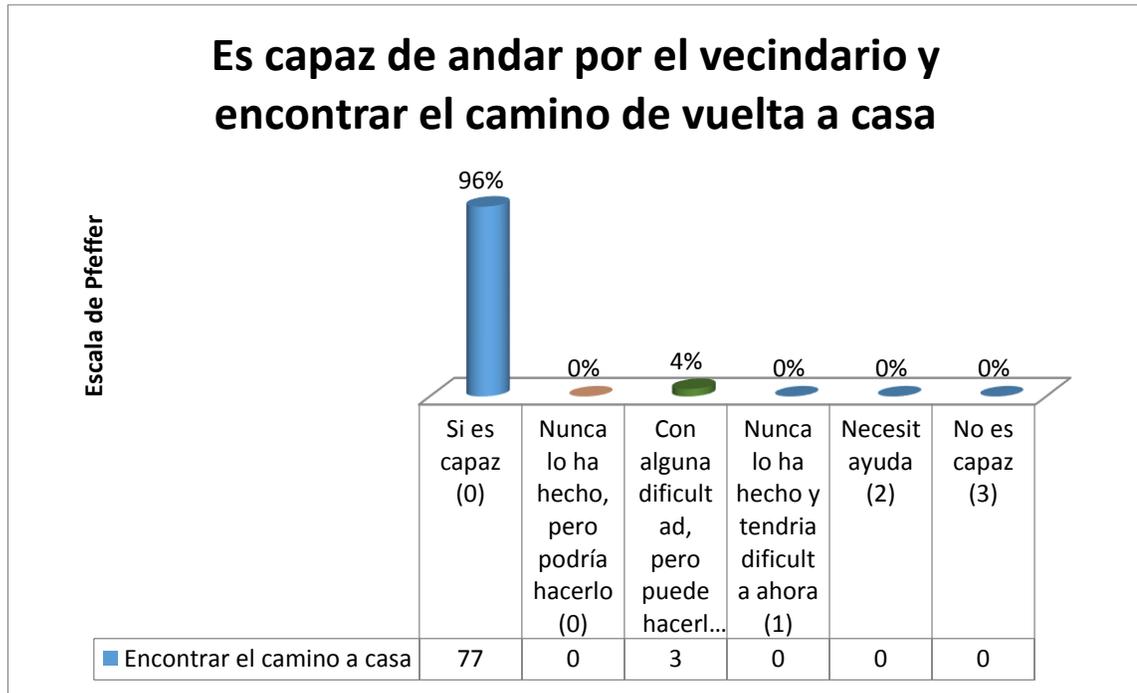
La mitad de las personas encuestadas presentan dificultad al recordar compromisos y acontecimientos familiares, mencionando que muchas veces necesitan que algún familiar o persona cercana se lo recuerde. Según un estudio realizado en Chile la pérdida de memoria es una gran alarma que experimenta un cerebro que envejece, una de las memorias que se ve afectada, es la memoria episódica, la cual consiste en recordar momentos precisos en el tiempo y propios de cada individuo, como recordar qué hizo hace un par de días o qué palabras acabó de repetir hace un momento (40). Se observa que la mayoría de adultos mayores experimentan problemas con su memoria, a cualquier edad se pueden presentar enfermedades cerebrales que produzcan fallas en la memoria, sin embargo son más probables en la vejez. Aunque se considere normal este declive, existen casos en el que el deterioro es grave y afecta significativamente la funcionalidad del adulto mayor, por eso es importante poder diferenciarlo.

Gráfico 11: ¿Es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?



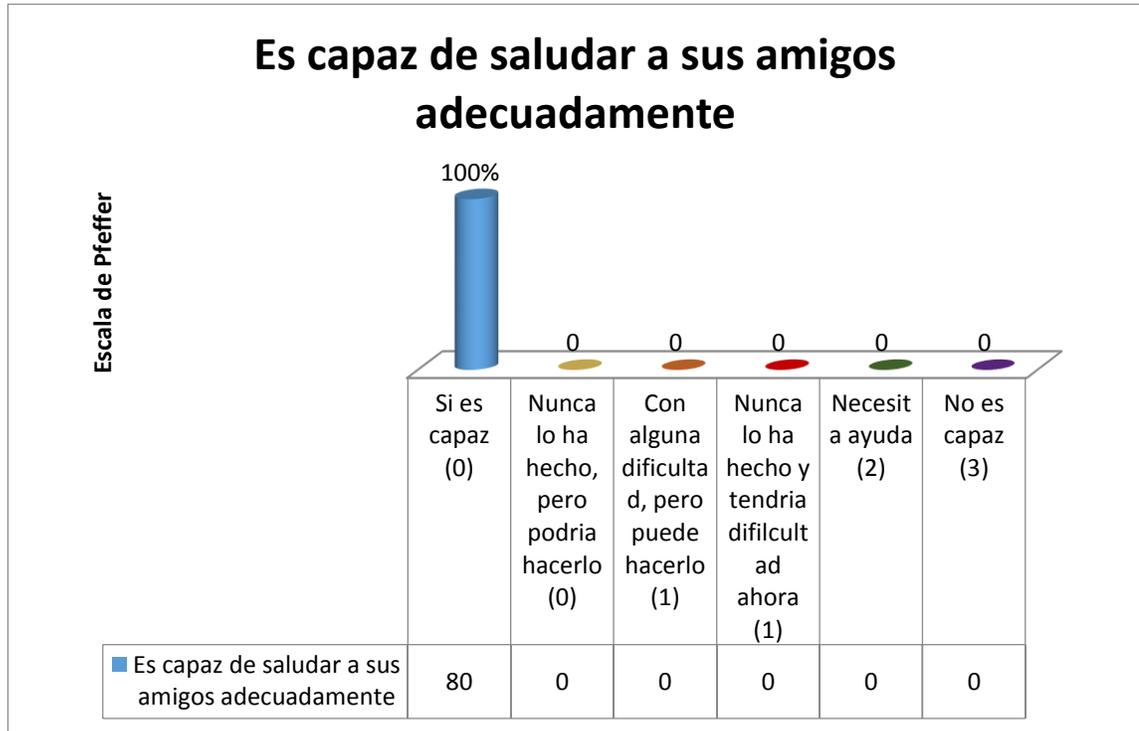
En cuanto a administrar o manejar sus propios medicamentos, la mayoría de adultos mayores son capaces de hacerlo, mientras que un 10% presenta cierto problema. Estos resultados no concuerdan con el estudio realizado por la Universidad Politécnica del Carchi en un Centro Geriátrico en la que señala que el 100% de los adultos mayores pertenecientes al mismo no manejan sus medicamentos debido a que tienen profesionales de la salud para hacerlo, indicando que no tienen dependencia para realizar esa actividad por sí solos (41). Se considera que un adulto mayor que vive en su propio hogar y lleva a cabo sus funciones o actividades con normalidad tiene menos probabilidad de volverse dependiente, a diferencia de un adulto mayor que vive en un Centro Geriátrico al cuidado de otras personas, dejando de hacer varias actividades por sí solo que lo ayudan a mantener su bienestar físico y mental.

Gráfico 12: ¿Es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?



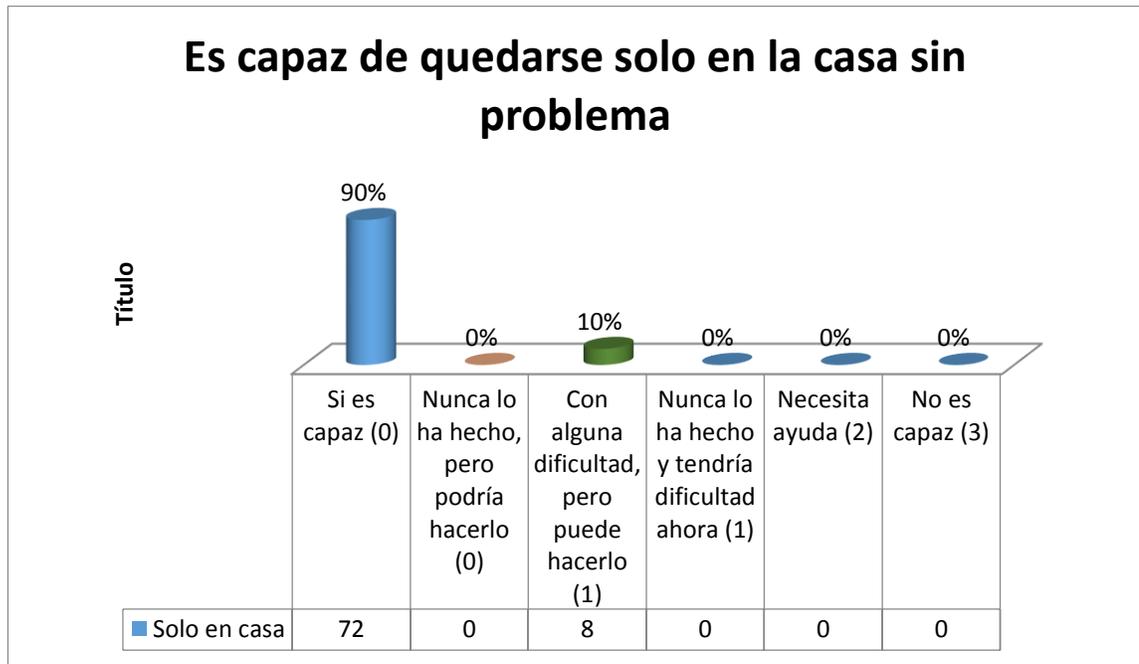
Se observa que una únicamente una mínima cantidad de los adultos mayores manifiestan tener dificultad para andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa. Una de las memorias que se ve afectada en el envejecimiento normal, es la memoria a largo plazo, la cual nos permite retener información desde hace meses, años o décadas atrás, sin embargo no es común que se presente este tipo de episodios como lo es olvidar su propio domicilio. En el deterioro cognitivo hay una pérdida significativa de la memoria incluso de otras capacidades, sin que esta llegue a evolucionar a demencia (22). La pérdida de la memoria se presenta con normalidad en el adulto mayor, sin embargo es necesario que esta sea evaluada en la atención médica o en el propio hogar con la ayuda de un familiar, quien puede observar e informar la presencia de problemas o anomalías en la memoria como olvidar la dirección de algún lugar, su propio domicilio o desconocer a alguna persona cercana.

Gráfico 13: ¿Es capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?



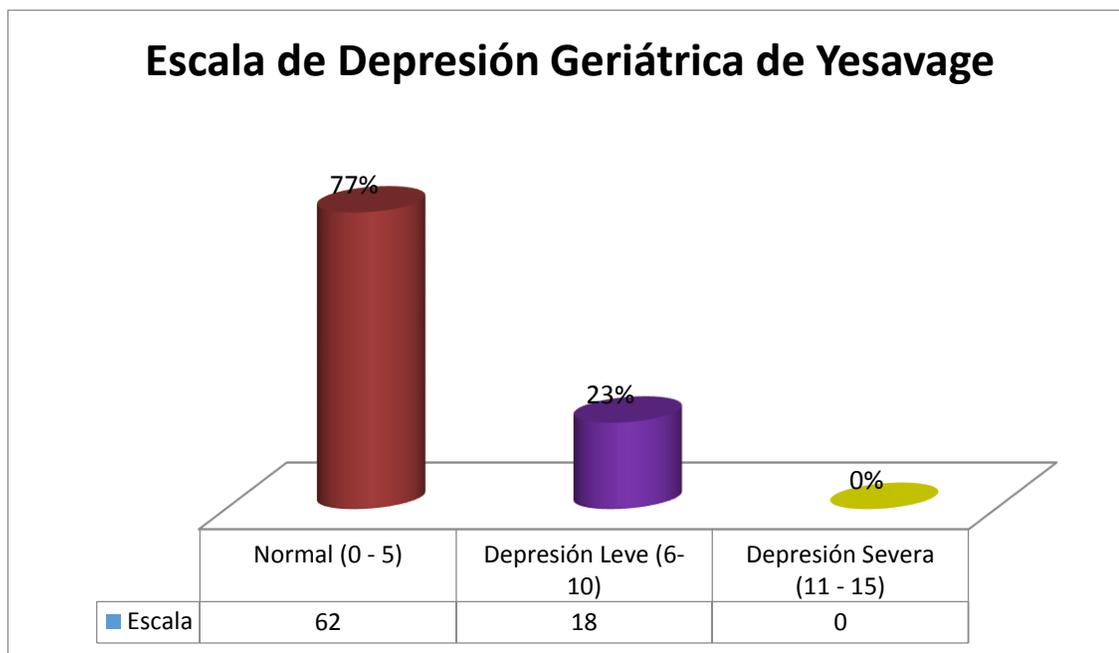
En este caso todos los adultos mayores son capaces de saludar a sus amigos adecuadamente. Un estudio denominado Intervención psicológica en el adulto mayor, menciona que otro aspecto que debe ser evaluado en el adulto mayor además de la memoria es la aparición de cambios en su conducta, la presencia de alteraciones como la agresividad o inquietud es propia de pacientes con demencias; se ha demostrado que los cambios en la conducta afectan más a adultos mayores que habitan en centros de cuidado prolongado frente a los que viven en la comunidad (4). En este estudio se observa que los adultos mayores no tienen ningún problema a la hora de reconocer a sus amigos y saludarlos adecuadamente, demostrando que no hay modificaciones en su conducta y trato hacia las personas que lo rodean debido al ambiente en el que se están desarrollando, el cual les permite desenvolverse favorablemente.

Gráfico 14: ¿Es capaz de quedarse solo en la casa sin problema?



Un porcentaje considerable de los adultos mayores aún son capaces de quedarse solos en casa sin ningún problema; y una mínima cantidad lo hace con alguna dificultad, pero puede hacerlo, manifestando que no les gusta quedarse solos porque llegan a sentir preocupación o ansiedad, en otros casos su familia prefiere dejar a otra persona al cuidado de la casa. Un estudio realizado por la Universidad Técnica de Ambato concuerda con esta investigación, mencionado que el cuidado del hogar es una actividad que no requiere complejidad, sin embargo la persona que lo realiza debe ser independiente y funcional física y mentalmente para evitar accidentes o problemas más graves (18). El adulto mayor hasta cierta edad puede permanecer solo en su casa sin ningún problema, aun así pueden existir casos en que ya no lo hagan por distintos motivos, sin que esto signifique que no sean capaces de hacerlo, se deben tomar en cuenta estas razones y poner atención cuando el adulto no pueda quedarse solo por algún problema mental.

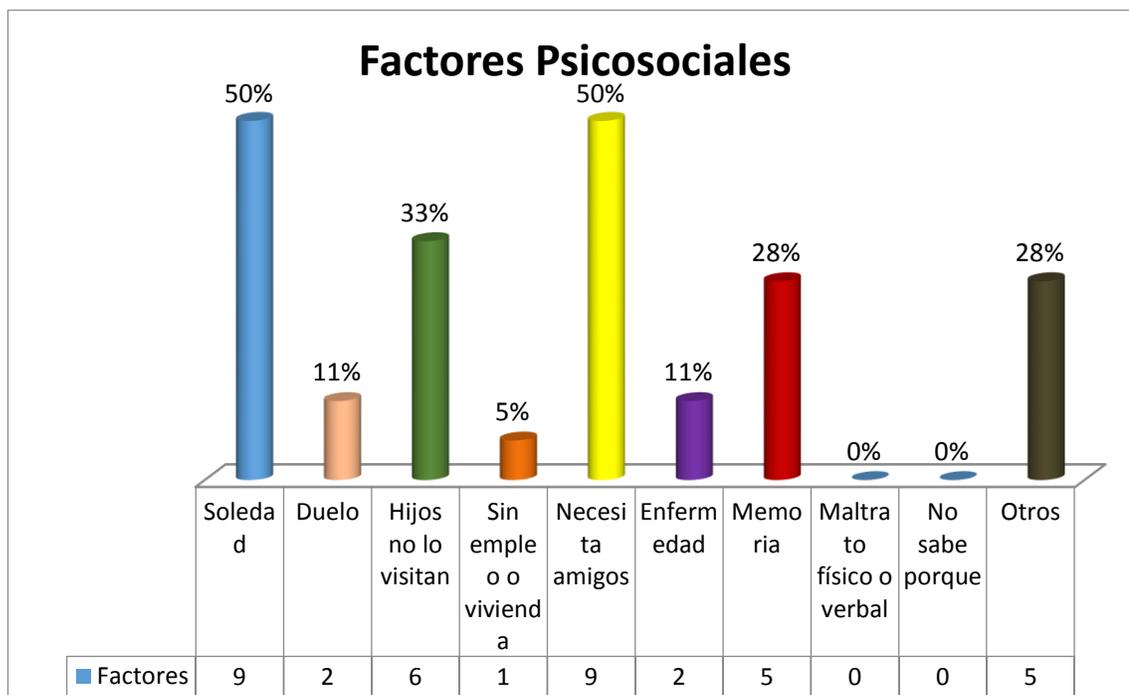
Gráfico 15: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage



Se aprecia que según la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, que el 23% presentan depresión leve. Una investigación realizada en un Centro de Atención Integral para el adulto mayor de Perú menciona que el 58% de los encuestados presentan depresión leve, refiriendo que la falta de compañía ya sea de la pareja o los hijos es la causa principal, debido a que se encuentran asilados; seguido del padecimiento de enfermedades que no les permite hacer sus actividades con normalidad (24). En este estudio se encontró una incidencia de depresión de: $18 \text{ casos nuevos} / 80 \text{ individuos} = 0,22 \times 100.000 \text{ habitantes}$. El tener familia, un hogar y ser independiente, además el tener la oportunidad de pertenecer a un grupo o asociación que se dedique a su bienestar y distracción, permitiéndole socializar y conocer a otras personas de su edad y en sus mismas condiciones, juega un papel importante en la salud emocional del adulto mayor, disminuyendo la posibilidad de desarrollar enfermedades como la depresión o la ansiedad, a diferencia de adultos mayores que se encuentran aislados o al cuidado de un

profesional de la salud o familiar. Sin embargo esta enfermedad se puede presentar en cualquier momento y condición, afectando de diferente forma a cada uno.

Gráfico 16: Factores psicosociales que influyen en la salud mental del adulto mayor



Los principales factores que afectan la salud mental del adulto mayor de la Asociación “Luz y Vida” son: la soledad y necesidad de amigos, la ausencia de visitas de sus hijos, los problemas con la memoria, el duelo y la enfermedad y por último la falta de empleo o vivienda, sin ningún caso de violencia. Un estudio sobre los factores que aceleran el deterioro físico y mental del adulto mayor, da a conocer que son muchos los adultos mayores que se sienten solos, llegando a pensar que su vida está vacía; pues el hecho de contar con alguien que les proporcione apoyo emocional para enfrentarse a las adversidades determina un efecto positivo para este grupo etario (41). En este estudio se demuestra que la soledad afecta significativamente al adulto mayor, ya que algunos de ellos viven solos porque ya no tienen familia o la tienen pero no existe contacto entre ellos; esto perjudica absolutamente a toda persona, sin embargo al adulto mayor le resulta más difícil debido a su edad y el deterioro de sus funciones como la memoria o el padecimiento de alguna enfermedad, sumándole la necesidad de tener a alguien a su lado

que le ayude en actividades que ya no puede realizar. Otros factores que afectan al adulto mayor son los que se relacionan con su economía y su entorno, como la pobreza, la falta de vivienda, la jubilación ya que les resulta muy difícil a esa edad trabajar o ganarse la vida como lo hacían antes, no todos tienen la oportunidad de recibir pensiones con las que puedan sobrevivir tranquilamente, por lo que se sienten preocupados o tristes ya que sus hijos no los ayudan. Además de otros factores como la presencia de enfermedades físicas, o problemas con su memoria que en este grupo es muy común ya que tienen miedo de olvidar cosas importantes como su dirección, su familia o cómo realizar determinadas actividades y tengan que depender de alguien más.

Gráfico 17: Actividades Lúdicas que le gusta realizar



De acuerdo a la respuesta de los miembros de la Asociación “Luz y Vida” sobre actividades lúdicas más de la mitad prefiere reunirse con sus amigos, al igual que realizar caminatas o paseos, en menor porcentaje gustan de bailoterapia, dinámicas o juegos y una mínima cantidad realizan otras actividades como tejer, andar en bicicleta o practicar otro deporte. Según un estudio realizado las actividades lúdicas contribuyen a mantener el bienestar físico y mental del adulto mayor, debido a que permiten prevenir enfermedades degenerativas como la osteoporosis, diabetes, cardiovasculares, deterioro cognitivo y depresión; además de conservar su autoestima elevada y ayudándolo a sentirse útil (42). En la etapa de la vejez se debe mantener hábitos saludables encaminados al llamado envejecimiento activo, de ahí la importancia de las actividades recreativas que le permiten al adulto mayor realizar actividades físicas apropiadas para su edad manteniendo su bienestar fisiológico y actividades que ayuden a su distracción para prevenir enfermedades mentales.

CAPÍTULO V

5.- Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Las conclusiones a las que se llegó en este estudio son:

- En la Asociación Luz y Vida de acuerdo a las evaluaciones aplicadas: Mini Examen de Estado mental, Escala de Pfeffer y Escala de Yesavage, existe una incidencia de Deterioro cognitivo (0,15) y depresión (0,22), y no existe ningún caso de ansiedad, demencia o alzheimer según la información brindada por el Centro de Salud. Para la mayoría de adultos mayores era la primera vez que se les aplicaba estas evaluaciones, por lo que los resultados eran desconocidos para el grupo y su dirigente.
- La edad de los adultos mayores oscila entre 64 y 75 años, la mitad de ellos están casados, con un porcentaje mínimo de divorcios y viudez. En cuanto al nivel de instrucción un porcentaje significativo terminó solamente la primaria y el resto no tiene ninguna clase de estudio. Más de la mitad pertenecen al género femenino y en su totalidad la población es mestiza.
- Las evaluaciones aplicadas contienen preguntas que evalúan el estado cognitivo y emocional del adulto mayor, por lo que su estado mental se observa levemente deteriorado, ya que se evidencia problemas en la memoria, en la orientación, en el cálculo y en la atención, además de problemas afectivos como el sentimiento de soledad y abandono.

- Los principales factores psicosociales que afectan la salud mental de los adultos mayores son la soledad, la necesidad de amigos, la ausencia de sus hijos, sentir que tienen problemas con su memoria, el duelo y la presencia de enfermedades que afecten su funcionalidad y dependencia.
- Los adultos mayores de la Asociación no realizan ninguna actividad lúdica por lo que realizar talleres permitió crear un ambiente de distracción, conocer la importancia y facilidad de practicarlas regularmente para mantenerse activos. Las actividades que ellos prefieren realizar son: reuniones con amigos, caminatas o paseos, bailoterapia o gimnasia, dinámicas y otras actividades como pintar, practicar algún deporte y realizar manualidades.

5.2 Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud para que mantenga la estrategia sobre la creación de grupos del adulto mayor en los diferentes Centros de Salud y se promocióne la realización de actividades lúdicas, ya que son una oportunidad para que ellos conozcan y convivan con más personas de su misma edad, sean parte de la sociedad, contribuyendo a su recreación y bienestar mental.
- A la Atención Primaria para que lleve a cabo y no descuide la valoración del estado mental a todo adulto mayor de 65 años y la actualización de esta información, para lograr diagnosticar oportunamente enfermedades como el deterioro cognitivo y depresión con el fin de mantener su funcionalidad, evitando la discapacidad y dependencia.
- A la familia porque juega un papel muy importante en la vida del adulto mayor, por lo que se recomienda que no los abandonen, ya que uno de los factores que los afecta y puede llevarlos a la depresión es la soledad; además de permitirles vivir su envejecimiento en el hogar, debido a que enviarlos a un asilo perjudica significativamente su salud emocional.
- A los adultos mayores de la Asociación Luz y Vida para que practiquen actividades lúdicas, ya que brindan muchos beneficios para el proceso de envejecimiento, retrasando el deterioro del cuerpo y de la mente, al realizar actividades físicas y recreativas, por ello se recomienda que practiquen alguna actividad lúdica en cada reunión que realizan.

BIBLIOGRAFÍA

1. *La salud mental y los adultos mayores*. Organización Mundial de la Salud. 2016.
2. *10 Datos sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. 2015.
3. *Agenda de Igualdad para Adultos mayores*. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Ecuador : s.n., 2012.
4. *Intervención Psicológica en los Adultos mayores*. Rodríguez, Ana, Valderrama, Laura y Molina, Juan. 246-258, Colombia : s.n., 2010, *Psicología desde El Caribe*, Vol. 25.
5. *Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica*. Hamer Bastidas Bilbao. Colombia : s.n., 2014, Vol. 32.
6. *Salud mental y calidad de vida en adultos mayores*. María Elena Flores Villavicencio. Mexico : Uaricha, Abril de 2013.
7. *Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor*. "Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Cuba : Medisan, 2014, Vol. 18.
8. *Vejez y Envejecimiento*. Karen Dayana Rodríguez Daza. Bogotá : Universidad del Rosario, 22 de enero de 2011.
9. *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Segovia, Martha; Torres, Erika. 4, México : Gerokomos, diciembre de 2011, Vol. 22.
10. Gobierno Provincial del Carchi. Prefectura del Carchi. 2016.
11. Buri Alba, Lucía. Trastornos emocionales en el adulto mayor en los ancianatos del cantón Loja, Mayo 2010-Mayo 2011. Loja : s.n., 2011.
12. Satorres Pons, Encarnación. Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. Valencia : s.n., 2013.
13. *La familia y el adulto mayor*. Placeres, José, de León, Lázaro y Delgado, Inés. 4, Matanzas : s.n., Julio de 2011, *SCIELO*, Vol. 33.
14. Eduardo, Landriel. "Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención". Santiago del Estero : s.n.
15. Serrano, José. *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Área de Salud. Madrid : s.n., 2013. pág. 23.
16. Llopis, Eva y Gabilondo, Andrea. *Mental Health in Older People*. Febrero de 2008.

17. Viniegra, Arturo, y otros. Diagnóstico y tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México : s.n., 2012.
18. Barrera, Jessenia Carolina. Deterioro Cognitivo y su Influencia en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Ambato, Ecuador : s.n., Enero de 2017.
19. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Estado Mental y Emocional del Adulto Mayor. *Módulos de Valoración Clínica*.
20. *Demencia: Definición y Clasificación*. Nitrini, Ricardo y Dozzi, Sonia. 1, Sao Paulo : s.n., Abril de 2012, Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Vol. 12, págs. 75-98.
21. Gil, Pedro y Sánchez, Javier. Demencia. *Síndromes Geriátricos*. 2017.
22. Ugalde, Oscar. Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. [ed.] Elena Medina. México : s.n., 2010.
23. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile : s.n., 2013.
24. Licas, Martha. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima : s.n., 2014.
25. Alvarez, María, y otros. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Ministerio de Sanidad*. Galicia : s.n., 2014.
26. I, Sotelo Alonso, y otros. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*. México : s.n., 2012.
27. Cordero, Miguel y Dorantes, José, Troncoso, Gerardo. Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad Generalizada en el Adulto mayor. México : s.n., 2011.
28. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, España : Agencia Laín Entralgo, 2008.
29. Constituyente, Asamblea. <http://www.asambleanacional.gov.ec/>. [En línea] 20 de octubre de 2008. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf.
30. desarrollo, Secretaría nacional de planificación y. <http://www.planificacion.gob.ec/>. *Niveles administrativos de planificación*. [En línea] 2012. [Citado el: 12 de Septiembre de 2016.] <http://www.planificacion.gob.ec/3-niveles-administrativos-de-planificacion/>.

31. desarrollo-SEMPLADES, Secretaría Nacional de planificación y. <http://documentos.senplades.gob.ec/>. [En línea] 24 de Junio de 2013. <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.
32. Nacional, Congreso. <http://www.salud.gob.ec/>. [En línea] 22 de Diciembre de 2006. [Citado el: 2 de Septiembre de 2016.] <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
33. Federación Española de Enfermería. Código Deontológico de Enfermería. España : s.n., 2009.
34. Ecuador, Asamblea Nacional del. <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/>. *Proyecto de ley orgánica de protección prioritaria de los derechos de las personas adultas mayores*. [En línea] 29 de Septiembre de 2014. [Citado el: 2 de Septiembre de 2016.] <http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/93eea2b4-b8b8-47f4-a288-4fc118497e4d/Proyecto%20de%20Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Protecci%C3%B3n%20Prioritaria%20de%20los%20Derechos%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores%20Tr.%20>.
35. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. *Hay más mujeres que hombres en Ecuador, según datos del INEC*. [En línea] 8 de Marzo de 2016. [Citado el: 16 de Junio de 2017.] <http://www.andes.info.ec/es/noticias/hay-mas-mujeres-hombres-ecuador-segun-datos-inec.html>.
36. Villacís, Byron y Carrillo, Daniela. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Quito, Ecuador : s.n., 2011.
37. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Ecuador en cifras*. [En línea] 20 de Junio de 2016. [Citado el: 17 de Junio de 2017.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-numero-de-divorcios-en-ecuador-crecio-1191-en-diez-anos/>.
38. *Nivel de escolaridad de los ecuatorianos*. Padilla, Darwin. [ed.] David Vera. Quito : s.n., Septiembre de 2012, Revista E-análisis, págs. 4-19.
39. Sosa, María José. Deterioro cognitivo en la vejez. Montevideo, Uruguay : s.n., Mayo de 2016.
40. Donoso, Acribaldo. Memoria en el Adulto mayor. Chile : s.n., 2013.
41. Criollo, Mayra y Guapaz, Evelin. Factores que producen la aceleración del deterioro físico, mental, psicológico y social del Adulto Mayor. Tulcán : s.n., 2012.

42. Lizano, Marco. La Actividad Lúdica y su influencia en el adulto mayor. Ambato : s.n., 2014.
43. *Salud mental, enfermedades mentales*. Piñar, Isabel Montero. Valencia : s.n., 2011, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud.
44. Dayana, Rodríguez Karen. Vejez y Envejecimiento. Bogotá, Colombia : s.n., 22 de Enero de 2011.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta

**Encuesta para la tesis previa a la obtención de la licenciatura en enfermería
Incidencia de enfermedades mentales en el adulto mayor en la Asociación Luz y
Vida del Centro de Salud N° 1 Tulcán 2017**

Marque con una X en la opción que corresponde

1.- Género

Masculino ()

Femenino ()

2.- Estado civil

Soltero ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

Unión libre ()

3.- Nivel de Instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Ninguno ()

4.- De que Etnia se considera

Mestizo ()

Indígena ()

Afroecuatoriano ()

5.- Lugar de residencia

Urbana ()

Rural ()

Mini Examen de Estado Mental (MMSE)

Responda las siguientes preguntas:

1.- Por favor, dígame la fecha de hoy.

Mes _____

Día mes _____

Año _____

Día semana _____

2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Árbol _____

Mesa _____

Avión _____

3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Número de repeticiones: _____

4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Toma papel _____

Dobla _____

Coloca _____

5.- Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

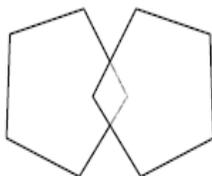
Árbol _____

Mesa _____

Avión _____

6.- Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero.



Correcto: _____

Suma Total:

ESCALA DE PFEFFER

Puntuación:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Es capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es capaz de preparar la comida?
5. ¿Es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

TOTAL =

Escala de depresión geriátrica abreviada

Instrucciones:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA.

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? si **NO**
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? **SI** no
3. ¿Siente que su vida está vacía? **SI** no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? **SI** no

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI no |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI no |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI no |

TOTAL: _____

Factores Psicosociales que influyen en el Adulto mayor

Con cuál de las siguientes opciones usted se siente identificado/a:

1. Vivir solo (soledad)
2. Muerte de un ser querido
3. Los hijos no lo visitan
4. Necesidad de amigos
5. Sufre de violencia física o verbal
6. No tiene vivienda
7. No tiene dinero para sus gastos básicos
8. No tiene empleo

9. enfermedad o discapacidad

10. Problemas en la memoria

¿Qué actividades recreativas le interesaría a usted realizar?

- Caminatas o paseos
- Reuniones con amigos
- Bailoterapia o gimnasia
- Juegos o dinámicas
- Otros (Indique cuáles)

.....
.....

Anexo 2: Fotografías

Realización de la encuesta



Actividades Lúdicas:

Mantenimiento del Huerto



Decoración del Huerto



Ejercicios Físicos:





Estimulación motriz (colorear)





Estimulación Cognitiva:



Socialización del estudio

