

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Y DEL SER HUMANO**

CARRERA DE ENFERMERÍA



**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS
EN ENFERMERÍA.**

TEMA:

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES, QUE HABITAN
EN LA PARROQUIA JULIO MORENO DEL CANTÓN
GUARANDA PROVINCIA BOLÍVAR DURANTE EL PERÍODO
DICIEMBRE 2018-MAYO 2019.**

AUTORAS:

**KATHERINE MISHEL VELOZ PEÑAHERRERA
FLOR SAURITA ESPÍN LEDESMA**

TUTORA:

LIC. MORAYMA REMACHE

GUARANDA – ECUADOR

2018-2019

DEDICATORIA

Primeramente, quiero dedicar mi proyecto de titulación a Dios quien me ha dado salud, fortaleza y sabiduría suficiente para alcanzar este gran objetivo de mi vida. Quiero agradecer también a mi madre Betty Trinidad Peñaherrera Arroba y de manera en especial a mi amado hijo Alejandro Xavier Robi Velóz.

Katherine Veloz.

Primeramente, quiero dedicar mi proyecto de titulación a Dios quien me ha dado salud, fortaleza y sabiduría suficiente para alcanzar este gran objetivo de mi vida. En segundo lugar, quiero agradecer a mi esposo Freddy Chariguamán por apoyarme y estar conmigo en todo momento, además de hacerme comprender que con esfuerzo y dedicación todo es posible. A mis amados hijos Dilan y Gahel. Quiero agradecer también a mis padres Miguel Quicaliquin y Gloria Espín por su apoyo y constancia en mi educación universitaria.

Espín. F

AGRADECIMIENTO

El más sincero agradecimiento a la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, por darnos la oportunidad de obtener una profesión y constituirnos en ayuda para la sociedad

A nuestra tutora Morayma Remache, por brindar el apoyo incondicional al realizar este trabajo investigativo.

Al personal del Centro de Salud Cuatro Julio Moreno y autoridades del GAD Parroquial, por permitirnos acceder a la información de base para realizar este trabajo.

A nuestras familias por su apoyo y comprensión.

Veloz Katherine

Espín Flor

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN EJECUTIVO	vi
EXECUTIVE SUMMARY	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación de la Investigación	5
1.5. Limitaciones	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la Investigación	7
2.2. Bases Teóricas	10
2.2.1. El envejecimiento o la vejez	10
2.2.2. El envejecimiento activo.....	12
2.2.3. La depresión del adulto mayor	13
2.2.4. Factores psicosociales asociados a la depresión en los adultos mayores. ...	17
2.2.5. Condiciones sociodemográficas del adulto mayor.	20
2.2.6. Otros factores de vulnerabilidad asociados a la depresión en los adultos mayores.	22
2.2.7. El rol de la enfermería en apoyo al adulto mayor.	23
2.2.8. Test de Yesavage.	24
2.3. Definición de Términos (Glosario)	26
2.4. Operacionalización de Variables.....	29

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1. Nivel de Investigación.....	35
3.2. Diseño.....	35
3.3. Población y muestra.....	35
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	36
CAPITULO IV: RESULTADOS ALCANZADOS SEGUN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	37
4.1. Análisis de la Escala de Yesavage	52
4.1.1. Valoración global.....	53
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1 Conclusiones.....	57
5.2 Recomendaciones	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de educación	37
Tabla 2 Ingresos Económicos.....	38
Tabla 3 Tipo de Vivienda.....	39
Tabla 4 Olvido de las cosas	40
Tabla 5 Personas de confianza al que generalmente comparten sus vivencias	41
Tabla 6 Importancia de Criterios	42
Tabla 7 Residencia en el hogar.....	43
Tabla 8 Tipo de abandono	44
Tabla 9 Consecuencia emocional generado el abandono.....	45
Tabla 10 Servicios básicos	46
Tabla 11 Actividades en su diario vivir	47
Tabla 12 Percepción de salud.....	48
Tabla 13 Actividades planificadas para el futuro.....	49
Tabla 14 Frecuencia de chequeos médicos	50
Tabla 15 Tipo de atención médica en los últimos 3 meses	51

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de educación	37
Gráfico 2. Ingresos económicos.....	38
Gráfico 3 Tipo de vivienda.....	39
Gráfico 4 Olvido de las cosas	40
Gráfico 5 Personas de confianza al que generalmente comparten sus vivencias	41
Gráfico 6 Importancia de criterios.....	42
Gráfico 7 Residencia en el hogar.....	43
Gráfico 8 Tipo de abandono	44
Gráfico 9 Consecuencia emocional generado el abandono.....	45
Gráfico 10 Servicios básicos	46
Gráfico 11 Actividades en su diario vivir	47
Gráfico 12 Percepción de salud.....	48
Gráfico 13 Actividades planificadas para el futuro	49
Gráfico 14 Frecuencia de chequeos médicos.....	50
Gráfico 15 Tipo de atención médica en los últimos 3 meses	51

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación se realizó con el fin de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, de la Parroquia de Julio Moreno; mediante la identificación del perfil sociodemográfico y la descripción de los factores psicosociales asociados a la problemática, además, de proponer una guía didáctica para el manejo y cuidado de la depresión.

La investigación ejecutada de tipo cuantitativo y cualitativo, en donde, se analizó a 30 personas definidas como la muestra de la investigación; en el que se aplicó una encuesta con variables definidas; además de realizar el test geriátrico Yesavage constituida por 15 ítems con el fin de determinar una posible depresión.

De los resultados obtenidos se ha determinado que la población de adultos mayores en alrededor del 90% cuentan con todos los servicios básicos indispensables, sin embargo, su estado de ánimo refleja una depresión en condiciones leves, además, los factores psicosociales asociados a la problemática determinados fueron en mayor grado el abandono social que abarca autoridades y comunidad en general, también, se identifica la autopercepción de la salud en un 80% como un estado en malas condiciones.

De esta manera, se recomienda dar seguimiento como elemento de responsabilidad social y familiar, ya que desde la parte académica se aporta con un manual orientado a la depresión; el mismo que aportará al cuidado y manejo en familiares y profesionales de la salud, que interactúan con el paciente.

EXECUTIVE SUMMARY

The research was carried out in order to determine the psychosocial factors associated with depression in older adults, Julio Moreno Parish, by identifying the sociodemographic profile and describing the psychosocial factors associated with the problem, in addition to proposing a didactic guide for the management and care of depression.

The quantitative and qualitative research, in which 30 people defined as the sample of the research were analyzed; in which a survey with defined variables was applied; in addition to carrying out the geriatric test Yesavage constituted by 15 items in order to determine a possible depression.

From the results obtained it has been determined that the population of older adults in around 90% have all the essential basic services, however, their mood reflects a depression in mild conditions, in addition, the psychosocial factors associated with the problem determined were to a greater degree the social abandonment that includes authorities and community in general, also, the self-perception of health is identified in 80% as a state in poor conditions.

In this way it is recommended to follow up as an element of social and family responsibility, since from the academic part it is contributed with a manual oriented to the depression; the same one that will contribute to the care and handling in relatives and professionals of the health, that interact with the patient.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016 estima que existe alrededor de 125 millones de personas de más de 80 años de edad ubicados en su mayoría en los países del primer mundo y desarrollados, en menor proporción en naciones en vías de desarrollo; presentando un crecimiento de este grupo poblacional gradualmente. El mejoramiento de la calidad de vida hace una población longeva; sin embargo, trae consigo problemas nuevos a la sociedad como enfermedades y síndromes geriátricos: depresión, ansiedad, hipertensión y diferentes tipos de cáncer entre otros. La Organización Panamericana de la Salud estima que Brasil, Chile, Argentina y otras naciones similares preparen sus políticas públicas ya que para el 2020 el número de envejecidos será superior al porcentaje de niños.

La investigación tiene como fin evidenciar los factores asociados a la depresión de la población mayor a 60 años, mediante un estudio descriptivo transversal, con la aplicación de encuestas y la valoración de escala Yesavage modificado, con el propósito de aportar en el mejoramiento de la situación actual de la Parroquia Julio Moreno.

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente de enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia, demencia, depresión y tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según proyecciones de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el 2017 existen alrededor de 1.192.475 adultos mayores, los mismos presentan algunas particularidades como, la situación de salud es auto percibida como buena en un 50% y como mala en el 20%. Muestran un deterioro cognitivo en mujeres a esto se suma problemas de hipertensión arterial y enfermedades crónicas.

La atención de los grupos vulnerables como el de los adultos mayores es un problema de interés social, según la Organización Mundial de la Salud existe alrededor de 125 millones de personas de edad avanzada para el 2016, de los

cuales están ubicados en su mayoría en las naciones en vías de desarrollo como Ecuador, Colombia, Argentina, Paraguay y países del primer mundo como Inglaterra, Rusia, España y otros, por lo que las nuevas sociedades tienen como responsabilidad efectivizar políticas públicas en beneficio de esta población.

Varios han sido los aportes académicos en cuanto a los envejecidos, según Andrade (2015); sin embargo, es necesario reflejar situaciones específicas que demuestren medios reales como el de comunidades y localidades del Ecuador. En este marco en el presente trabajo de titulación se abordó los siguientes capítulos:

Capítulo 1: Definición del problema en donde se analiza la estructura básica de la problematización del tema de investigación y definimos los objetivos, basados en una justificación en el que sustentamos el estudio.

Capítulo 2: Marco Teórico que respalda la literatura y la conceptualización de temas como el adulto mayor, envejecimiento activo, la depresión del adulto mayor, factores psicosociales y demográficos, el rol de los profesionales de enfermería en el problema de estudio y escalas de Yesavage entre otros.

Capítulo 3: Metodología de tipo descriptivo y transversal con herramientas y procedimientos de análisis de datos. Además, se operacionaliza las variables de estudio y se determinan las escalas e indicadores como soporte de la herramienta de recolección de información que es la encuesta.

Esperando resultados favorables por cuanto se tendrá interacción directa con la población de estudio, mediante visitas domiciliarias ya que no existe un centro gerontológico permanente y la socialización de un documento de educación específico para mejorar la situación del adulto mayor.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Según el censo 2016 la Parroquia Julio Moreno contaba con los indicadores de pobreza más altos a nivel del Ecuador. Estas cifras han mejorado para los últimos años, por lo que se evidencia algunos de estos efectos en décadas pasadas, entre ellos los adultos mayores con deterioro cognitivo y estado de salud crítico, además de condiciones socioeconómicas críticas.

La intervención de autoridades nacionales y locales ha sido deficiente, teniendo la necesidad urgente de acciones sociales que mejoren la calidad de vida y su bienestar integral. Además, el aporte académico investigativo que evidencien datos más certeros sobre la realidad del entorno.

Con los antecedentes mencionados se pretende intervenir como contribución de responsabilidad social y beneficio mutuo; en el aspecto académico la investigación planteada formula problemas que permitan cumplir con el propósito, de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión de adultos mayores.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores de la parroquia de julio moreno?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, de la Parroquia de Julio Moreno.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las condiciones sociodemográficas de los adultos mayores.
- Analizar los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor.
- Elaborar una guía educativa para mejorar la depresión del adulto mayor.

1.4. Justificación de la Investigación

Esta investigación se basa en determinar y analizar los factores psicosociales asociados a la depresión en los adultos mayores que habitan en la parroquia JULIO MORENO del cantón GUARANDA PROVINCIA BOLÍVAR, mediante la caracterización de las condiciones sociodemográficas, y psicosociales a través de un análisis en la incidencia del problema, siendo un tema de interés social que involucra al sector público, privado y de manera particular a la academia. Además de la contribución de una guía educativa acorde a la realidad presente para mejorar la condición depresiva en esta población.

Las proyecciones acerca de los adultos mayores en el Ecuador determinan que en un 50% están viudos y pertenecen al sector indígena, asimismo, esta población ha incrementado su esperanza de vida de hasta 78 años, por lo que esto viene acompañado de varios problemas de salud física, mental y otros. Esta realidad es semejante en la provincia Bolívar y su cabecera cantonal que es Guaranda, el mismo tiene un total de 91.000 habitantes de los cuales un 3% son adultos mayores, específicamente en la Parroquia Julio Moreno en el que se registra 30 personas de la tercera. Según las proyecciones del INEC en el 2017, esta parroquia presenta altos índices de pobreza y necesidades básicas insatisfechas, por lo que daña la situación poblacional en la tercera edad. Estos antecedentes justifican el interés de realizar un estudio desde la parte académica mediante la interacción comunitaria y la participación activa, con un respaldo sólido teórico (Alomoto Mera, 2018).

Con la finalidad de contribuir en el accionar hacia el beneficio de esta población, en donde la intervención de autoridades estatales y la responsabilidad social ha sido deficiente; desde un enfoque cualitativo y cuantitativo con una orientación psicosocial y demográfico; que evidenciará la realidad de la población objetivo; con el fin de mejorar la calidad de vida a través del fortalecimiento de la comunicación, participación, motivación, generando el bienestar social y mental del adulto mayor.

1.5. Limitaciones

El ingreso a la parroquia Julio Moreno facilita realizar la investigación propuesta; sin embargo, la predisposición de la población se dificulta en menor grado por cuanto residen en lugares distantes, por lo que, se realiza un acuerdo de cooperación por parte del Gobierno Autónomo Parroquial en la comunicación y el compromiso de participación en la investigación. En cuanto a la información teórica se cuenta con amplia bibliografía de investigaciones similares a nivel nacional e internacional que respaldan la literatura sobre el proceso de envejecimiento y los problemas asociados al mismo.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

El interés sobre las poblaciones vulnerables como adultos mayores, niños menores de 5 años y madres embarazadas; parten desde un enfoque macro menciona Valencia (2012) que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Organización Panamericana de La Salud (OPS); así como organismos de ayuda internacional tal es el caso de Plan Internacional, La Iglesia Católica y otras que en diferentes territorios se han hecho presentes, aportando a las políticas de responsabilidad social. A esto se suma el aporte académico e investigativo mediante la participación de docentes y estudiantes con proyectos de vinculación, titulación e investigación. Existe un cambio demográfico en donde la población de los adultos mayores se ha definido como un problema en los últimos 30 años, sin descartar este fenómeno demográfico en los países en vías de desarrollo como Ecuador y otros.

Según los resultados de la encuesta SABE en el Ecuador existe alrededor de 1.229.089 para el 2020, representando el 48% tanto en la sierra como la costa. Teniendo una participación de más del 15% de la población total; estos valores justifican el cambio en la pirámide poblacional al incrementar la esperanza de vida de la población, pues con la mejoría en la calidad de vida en la etapa inicial e intermedia de la persona garantiza un incremento de longevidad; sin embargo, está asociada a varios problemas de salud y otros. En este marco se han presentado varios análisis. Desde la cuantificación y proyecciones de este grupo poblacional orientados por el gobierno nacional, hasta actividades de ayudas humanitarias como responsabilidad social (Orces, 2018).

Las proyecciones en cuanto a los adultos mayores se tienen que para el 2025 existirán 1200 millones de ancianos, con estas cifras es necesario reconocer la urgencia de desarrollar políticas de atención en múltiples y complejas facetas con la vinculación de diferentes áreas de la salud como enfermería, psiquiatría, psicología, neurología y demás que participen en la atención y el cuidado del

grupo desde el inicio del proceso de envejecimiento con un enfoque de responsabilidad social (Valencia, 2012).

El acontecimiento demográfico del envejecimiento poblacional presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad, siendo las predominantes: motriz, mental, auditiva y visual; afectando de forma directa en el estado emocional; padeciendo generalmente trastornos psiquiátricos en alrededor del 90% en algún momento de esta etapa de vida. Siendo la prevalencia de depresión en un 12% de los casos estudiados generalmente en el área urbano, y tan solo del 9% en el sector rural o el campo. Dando utilidad a los resultados de estudios que aportan de forma real a las propuestas de mejorar la calidad de vida (Cardona-Arias & Higuera-Gutiérrez, 2014)

Estudios de carácter cualitativos y cuantitativos dan precisión de la situación real y pronosticada de la población estudiada; es el caso de un estudio tipo transversal analítico en el análisis de los riesgos de depresión asociados a los factores sociodemográficos, clínicos y sociales; como resultados muestran un riesgo de depresión del 35% mayormente en hombres, generalmente con enfermedades cardiovasculares y neurológicas, con antecedentes de consumo de alcohol y sedentarismo (Pereira et al, (2018)).

Según Duran (2013) , en su análisis bivariado la prevalencia de depresión en los adultos mayores fue del 50%; en su mayoría con depresión leve; los mismos se encontraban asociados a factores como: estados de dependencia, esquemas disfuncionales y pérdida de roles. Estos resultados se determinaron mediante la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) además de la guía de observación (Q-LES-Q), así como la de Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), con el propósito de identificar los componentes incorporados a la depresión institucionalizada.

Resultados similares se encuentran a nivel de la región según Farias y Abarca (2015) en su estudio de determinar la prevalencia de depresión del adulto mayor encontraron una relación entre la depresión y factores de riesgos adversos, insomnio, sufrimiento de crisis económicas, muerte de un familiar o amigo

cercano; donde la media de edad fue 72 años y con un promedio de escolaridad de 7° año.

El estilo de vida repercute en la situación de salud física y mental de la población de la tercera edad, según Manobanda y Sela (2018) en su estudio reciente en los adultos mayores en la parroquia Guanujo de la Provincia Bolívar, la dieta diaria de la población consiste de un 90% en carbohidratos dejando a un lado verduras y frutas que aportan con nutrientes esenciales para esta etapa de vida; por otro lado, el estado físico se caracteriza por el sedentarismo el mismo está siendo contrarrestado con bailo terapias impulsados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, sin embargo, la participación de la población es mínima, por cuanto el acceso a la parte urbano rural del cantón presenta varias controversias como religiosas, vías de acceso entre otras.

Estudios similares presentan desde la parte académica y datos que corroboran desde el sector público en la provincia y cantón de estudio; manifestando sus particularidades como es el caso de la parroquia Julio Moreno.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. El envejecimiento o la vejez

La vejez se define como los cambios biológicos asociados a la acumulación de una serie de daños moleculares y celulares, disminuyendo las reservas fisiológicas además de la capacidad intrínseca de la persona incrementado el riesgo de enfermedades. Como resultado de este proceso se tiene la muerte. Estas permutaciones de ciclos de vida no definidos como lineales y tampoco uniformes, a pesar de, estar asociados proporcionalmente a la edad del individuo en años (Ávila & Romaguera, 2018).

Más allá de pérdidas biológicas los cambios generados se asocian a transformaciones considerables como la pérdida de funciones y posiciones sociales, la urgencia de generar frente a la disminución y desaparición de estas relaciones estrechas. Los adultos mayores tienden a concentrarse en menos propósitos y actividades lo que se puede compensar con la generación de nuevas tecnologías y remediar diferentes habilidades o tareas. Aunque algunos cambios reflejan el desarrollo psicológico propio de la edad misma o la adaptación de nuevos roles sociales interrelacionados. Estos cambios psicosociales explican que en muchos entornos la vejez suele ser un tramo de bienestar subjetivo agudizado (Lacasa, 2018).

La pérdida de audición, movilidad y visión genera una discapacidad incluso la muerte; estos tienen una relación directa con la edad y malestares no transmisibles como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer y demencia. No son problemas solo de países ricos sino también involucra a las sociedades de ingresos medios y bajos determinando en estos últimos la carga asociada representativa en estos lugares (Pérez & Aragón, 2018).

El envejecimiento presenta el riesgo de padecimiento de más de un compromiso de afectación crónico denominando multimorbilidad a la asociación de varias complejidades. Este es el caso de Alemania en donde el 25% de las personas

entre los 70 a 85 años, manifiestan cinco enfermedades al mismo tiempo aumentando el impacto de esta denominación (Orces, 2018)

Dentro del envejecimiento se define la capacidad intrínseca como una mezcla y combinación de las capacidades físicas y mentales, que una persona puede utilizar en un momento en particular. Pero, esto es solo uno de los elementos que puede realizarlo el otro; es el entorno en el que se desarrolla y habita; a la relación del entorno y su medio de interacción; se define como capacidad funcional compuesta por los atributos relacionados a la salud (Fuentes, 2014)

Según Fuentes (2014) es necesario comprender el concepto de envejecimiento saludable, como un proceso que desarrolla la capacidad funcional que garantice el bienestar en la edad avanzada, considerando que no se mantendrá constantes la capacidad funcional y la intrínseca, dependiendo de la persona y su experiencia tornándose favorable o desfavorable. Un claro ejemplo es cuando la persona tiene problemas de audición puede mejorar con el uso de auriculares.

La conceptualización manifestada en líneas anteriores pretende trasladar a un nuevo y amplio debate de la respuesta acertada en cuanto a la salud pública y la responsabilidad social del envejecimiento poblacional. Si este análisis teórico es apreciado y optimista, el envejecimiento puede visualizarse como una nueva oportunidad en las sociedades. Por lo que Álvarez et al (2016) hacen hincapié en el envejecimiento saludable que implica algo más que no tener enfermedades sino en el bienestar mismo de este grupo.

La capacidad da validez propia en las personas se analiza gráficamente en la siguiente figura 1, en donde su capacidad física comprende desde antes de los 20 años hasta los 80 años de edad, con entrecortes en períodos determinados que corresponden a los quintiles y es proporcionalmente al nivel de ingresos económicos, percibidos teniendo una relación positiva y persistente con el nivel de adecuación (Fuentes, 2014)

La hipótesis como un falso positivo desconoce la aportación de los adultos mayores a la economía. En el 2011 se determinó que en Reino Unido este grupo

de personas presentan un aporte neto de casi 40000 millones de libras, en pronósticos se estima para el 2013 alrededor de 77000 millones de libras. Algo similar ocurre en Kenya que registra un promedio de edad avanzado en sus agricultores, lo que es fundamental en la garantía de una seguridad alimentaria. Casos equivalentes ocurren en países bajos en donde los abuelos se encargan del cuidado de la población de hijos o familiares migrantes (Jiménez & Izal, 2016).

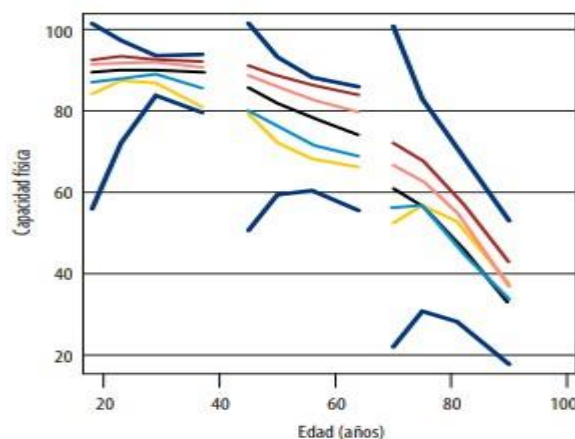


Figura 1. Proceso del envejecimiento versus capacidad física. (Fuentes, Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores, 2014)

2.2.2. El envejecimiento activo

El bienestar personal tiene una estrecha relación con el ambiente grupal Petretto et al (2016), en este sentido este término se expresa por la satisfacción de los resultados en la participación de actividades sociales, familiares y el entorno del ámbito que lo rodea. La recurrencia de actividades sociales contribuye al ejercicio de las capacidades humanas y la personalidad de los individuos, por lo que una persona socialmente activa disminuye la aparición de efectos negativos.

Para Valencia (2012) el envejecimiento activo enlaza al contexto en general de amigos, compañeros, vecinos y familiares, además, de la solidaridad intergeneracional esto quiere decir la reciprocidad entre jóvenes y los llamados viejos; logrando salud, bienestar y calidad de vida; dando oportunidades de desenvolvimiento en la sociedad.

La gerontología presenta los criterios efectivos del envejecimiento activo resaltando a opción de mejorar los ingresos económicos a través de programas productivos, atención en la prevención y control de enfermedades, conservación y cuidado de la funcionalidad física, aumento del desarrollo psicosocial y por último intervención hacia el mejoramiento y recuperación de la autoestima y calidad de vida (Valencia, 2012).

El envejecimiento activo relacionado el bienestar como un término bastante subjetivo en función a los estereotipos en cada contexto. Los criterios de Jiménez (2016) mencionan que es pertinente indicar que la literatura respalda un lugar cuestionable a la actividad social para lograr el bienestar, los resultados muestran que se debe integrar actores, escenarios y sucesos; para afianzar la vida comunitaria favoreciendo la promoción de la salud en la población de adultos mayores.

2.2.3. La depresión del adulto mayor

La depresión es una molestia médica con historia natural, indicadores biológicos, etiopatogenia, clínica y epidemiología, se usan términos sinónimos de: depresión endógena entre otros. Según Iza (2016) la depresión psicológica no es una enfermedad médica por lo que se le denomina depresión exógena. En la dimensión histórica es un contexto epistemológico clasificado en varios criterios (Jiménez & Izal, 2016)

Pereira (2018) conceptualiza a la depresión como una enfermedad depresiva única, que no permite subdivisiones; manifestándose como un trastorno fundamental en un saldo vital, denominado cambio en la personalidad de las situaciones biológicas y los ritmos cardíacos.

Este problema de salud es la causa más frecuente de visitas médicas en el área de psiquiatría, se identifica como uno de los servicios de mayor recurrencia, presentando un promedio del 30% de población con algún trastorno depresivo; estando implicados generalmente los estresores psicosociales en la evolución de

un trastorno depresivo; incrementados casos de 3 a 10 veces en los últimos años; según Alomoto et al (2018); solo el 50% de esta población recibe cuidado médico o tratamiento.

Resultados generales analizados a nivel mundial según Cardona et al (2014) menciona que el 20% de las personas que alcanzan los 65 años tienen un trastornos mental o neural, siendo la demencia y depresión los trastornos mentales y neurológicos más comunes; afectando a escala mundial a un 6% de este grupo.

Además, los propios ancianos y las entidades responsables públicas, no reconocen este problema de salud mental en su dimensión presentando un estigma de los achaques mentales, mostrando una acción y reacción en la búsqueda de ayuda. Según este organismo este grupo poblacional residen en países con ingresos bajos y medianos, aquejando otros problemas físicos, emocionales y económicos a sus familiares o cuidadores; necesitando de forma preferencial un apoyo económico, jurídico y social (Alomoto Mera, 2018).

Existe una variación en la depresión en el grupo de ancianos teniendo a presentarse con características de melancolía, tomando como normales las actitudes depresivas; con insomnio medio y terminal, sintomatología sicótica además de la falta de apetito; presentándose generalmente en los ancianos deprimidos. Sin embargo, en un estudio de meta análisis se determinó a los factores significativos de duelo, discapacidad, perdidas de sueño, episodios depresivos generalmente en mujeres (Calderón, 2018).

Entre los efectos de la depresión en este grupo poblacional son sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana; apareciendo la depresión unipolar con más frecuencia afectando al 7% de los ancianos; se ha determinado que este problema no se diagnóstica y no se da el tratamiento como se debe en los establecimientos de salud de atención primaria según Fernández (2018). En muchos casos se pasa por alto por cuanto coinciden con otros problemas que se experimentan en el momento.

Los adultos con depresión presentan un desempeño eficiente en comparación con los ancianos con enfermedades de hipertensión arterial, pulmonares o de diabetes sacarina. Este problema de salud de la población envejecida aumenta la percepción de presentar mala salud, además de la utilización de productos clínicos y su costo (Calderón, 2018).

La OMS pronostica para el 2020 la depresión como una de las segundas causas de discapacidad, luego de los problemas cardíacos; según Lacasa (2018) este dado implica que estos valores recomiendan dar énfasis en el diagnóstico, evolución y prevención; en las dos variantes de la depresión caracterizados por una alteración de ánimo, pérdida de energía, variaciones en el peso corporal, insatisfacción en las actividades realizadas, insomnio e ideas frecuentes de muerte.

El diagnóstico de este problema suele ser fácil de tal manera que el mismo paciente llega por ayuda médica, sin embargo, existen casos complicados en donde se encuentra una depresión enmascarada, en la identificación médica participan el personal médico con un diagnóstico y el de enfermería con la interacción del individuo. Previo a la aplicación de diferentes escalas de valoración (Cardona et al, (2014).

Las estrategias recomendadas en el tratamiento y asistencia sanitaria en los grupos de edad mayor recomiendan una capacitación específica en la atención de ancianos, prevención y atención de padecimiento propios de la vejez, elaboración de políticas a largo plazo en asistencia y cuidados paliativos; creación de espacios y servicios específicos para las personas de este grupo (King, Cáceres, & Abdulkadir, 2017)

Los efectos negativos de la depresión de los adultos mayores se pueden contraponer mediante un plan de promoción que mejore los hábitos activos y saludables. Esto implica crear espacios y entornos que acrecienten el bienestar y favorezcan un estilo de vida saludable, sin embargo, esto depende de recursos con los que cuentas para satisfacer necesidades de vivienda adecuada, protección y libertad, programas de desarrollo comunitario y prevención de maltrato además

de ayudas sociales hacia ellos y a quienes los cuidan (King, Cáceres, & Abdulkadir, 2017).

Si bien no se cuentan con medicamentos para eliminar la depresión y la demencia de forma definitiva, pero se puede apoyar a mejorar la calidad de vida de las personas en su conjunto mediante un diagnóstico temprano, oportuno y óptimo, la optimización de la salud psiquiátrica y el bienestar; por otro lado, también la detección de molestias físicas convexas. Mientras que en el lado de cuidados la participación de los demás profesionales de la salud en donde participan la enfermería con el suministro de información y apoyo hacia los cuidadores, a través de actividades activas con la intervención de acciones interactivas (Fuentes, 2014).

La intervención comunitaria con asistencia sanitaria y social previene enfermedades y trata padecimientos crónicos, por lo que el accionar en la capacitación a todo el personal sanitario ya que generalmente se enfrentara a problemas y trastornos de los adultos mayores. Apoyados por una normativa en el marco legal sobre los derechos humanos que respalden el accionar a este grupo vulnerable (Alomoto Mera, 2018).

En el 2016 la Asamblea Mundial, estableció la estrategia y el envejecimiento de la salud, con el propósito de armonizar los sistemas de salud frente a los adultos mayores y sus necesidades de salud mental y física. Una de las medidas esenciales es centralizar los sistemas de salud con contenido intrínseco y funcional, desarrollando capacidades integrales asequibles con garantías de contar con personal capacitado y desplegado en el territorio en general (Durán-Badillo, Aguilar, & Martínez, 2013).

El plan de acción de la última década que corresponde hasta el 2020, presenta objetivos fundamentales como reforzar un liderazgo hacia una gobernanza que considere el aspecto de salud mental, proporcionar una atención comunitaria e integral con capacidad de respuesta, proponer una promoción y prevención en los problemas de salud mental; fortalecer la aportación desde la academia con investigaciones y tratamiento de datos sobre la salud mental (Valencia, 2012)

Entre los objetos del programa de acción dentro de este organismo macro es superar la brecha de salud mental, mejorando la asistencia de los disturbios mentales y neurológicos con aportaciones en zonas pobres; el MAGAP describe el protocolo de la prevención y manejo en áreas sanitarias no especializados (Valencia, 2012).

2.2.4. Factores psicosociales asociados a la depresión en los adultos mayores.

Factores psicosociales definidos como aquellas disposiciones que afectan a la carga afectiva en los seres humanos, que luchan por satisfacer sus necesidades comprendiendo ambientes sociales creados por la interacción humana como distribuciones dominantes, cambios sociales vertiginosos, desorden social, marginalidad y aislamiento social (Alomoto Mera, 2018).

Contrarrestando a estos aspectos el capital social y la cohesión propuestos como preeminencias psicosociales poblacionales que alcanzan reformar y mejorar el estado de salud de la población influyendo de forma directa en las políticas públicas con normativas y el fortalecimiento de las relaciones en la sociedad civil; con una desventaja de afectar a determinados miembros en la comunidad (Calderón, 2018)

Para entender el efecto de los factores psicosociales se requiere comprender los horizontes de causalidad, trayectoria y tipos de enfermedades; en un abordaje integrado de investigación en la enfermedad, tratamiento y prevención. Estos comprenden una salud deteriorativa donde no hay oportunidades para manifestar habilidades de decisión; los ingresos económicos deficientes generando un estatus y autoestima que van asociados al riesgo cardiovascular. La consolidación de núcleos familiares, amigos y comunidades se asocian a una calidad de salud (Fernández, Lacruz, Lacruz, & López, 2018).

Entre estos factores también están adjuntas los problemas físicos, psicológicos y sociales; en el primer caso la incontinencia urinaria, artritis, osteoporosis,

insuficiencia respiratoria, problemas oncológicos, que aparecen como deterioro biológico no asociados a la edad. En el segundo caso la deficiencia cognitiva, como la memoria, aprendizajes y otros presentes en el proceso de envejecimientos incluyendo depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad, fobias, efectos del estrés, hábitos que afecten a la salud propia y afrontamiento con personas cercanas.

Por otro lado los factores sociales se conceptualiza como la interrelación entre los elemento físicos, psicológicos frente a los aspectos socio-culturales, encontrando consecuencias problemáticas de figura social, siendo el estrés laboral, las dificultades económicas, cambio de roles a las comúnmente realizados, transición de las redes socio-laborales, jubilación asociado a deficientes pagos o sin renta, efectos negativos al ser parte de cuidador de un familiar enfermo o con discapacidad, dependencia de otra persona que lo cuida, consecuencia de familiares y sociedad del entorno asociado a mitos sobre el rol de la vejez (Frias & Abarca, 2015).

Según Frias y Abarca (2015), se recurre a tres formas de afrontamiento: estrategias comportamentales, control del estímulo, actuando frente al problema considerado como susceptible de modificación. Las estrategias mencionadas pueden resultar evasivas si la persona no actúa al estímulo y lo rechaza.

Cuando las estrategias aplicadas son efectivas la persona intenta controlar de forma independiente sus problemas emocionales generados. Aceptando su situación frente a otros. En el contenido de las estrategias cognitivas presentan dos tipos, las que minimizan las consecuencias y el impacto del escenario negando su gravedad; dejándoles de forma indiferente y aquellas que se enfocan en la situación (Calderón, 2018).

Para Valencia (2012) es imposible no reconocer la necesidad de crear una atención en múltiples y complejas facetas, por lo que es necesario la gerontología comunitaria como una oportunidad vinculada a las especialidades o ramas de la salud en el cuidado del paciente como la enfermería, psiquiatría, psicología y

medicina interna, así como la neurología, que favorecen en la intervención oportuna en el proceso involutivo.

En los antecedentes de los factores psicosociales que inciden en la problemática de la depresión en la tercera edad son la violencia psicológica, pérdida y eliminación de la asignación de roles sociales, temor a la muerte y soledad, dentro de sus recomendaciones se limitan al tratamiento psicológico de la depresión, descartando la calidad de supervivencia (Calderón, 2018).

Entre los factores psicosociales individuales en las últimas evidencias científicas son importantes en la ocurrencia de la depresión: como la presencia generalizada de ser atendido y escuchado, viudez, maltrato, antecedentes de familiares depresivos, personas que no cuentan con apoyo social y familiar, ansiedad y hostilidad (Calderón, 2018).

Estos factores son conocidos y evaluados de forma acertada en el área de psicología, interviniendo sobre ellos por cuanto estos cuadros no son muy bien reconocidos en la sociedad. El estudio de esta problemática es más conocido en la población joven, sin embargo, el envejecimiento de la población conlleva la prevalencia de la depresión y avanza progresivamente en las edades avanzadas aumentando discapacidades físicas, sociales y mentales incidiendo en alteraciones afectivas (Calderón, 2018).

Las variables que se consideraron en el estudio de factores psicosociales de las problemáticas de adultos mayores en el análisis de Fuentes (2014) fueron: componentes psicosociales, presagios psicósomáticos y factores sociales, además de la clasificación en la depresión; y las características antropométricas. Predominando los sucesos de convivencia familiar donde se exhorta una intervención comunitaria en educación familiar.

La predicción de los factores de riesgos asociados a la problemática en los adultos mayores se determinó mediante el cuestionario modificado Predict y socio demográfico, así como la escala Yesavage, en el apartado de los sucesos vitales adversos en el último año, determinan los lazos familiares y su actividad

económica. Los mismos evaluados por psicología y enfermería recomiendan la intervención del cuidado en el paciente; aplicando una regresión logística como método estándar (Jiménez & Izal, 2016).

En los países desarrollados los factores de riesgo asociados a la concavidad o depresión en mayores a 60 años muestra una relación entre la edad, baja escolaridad, sexo además de la situación económica, por otro lado, en otros estudios asocian elementos como la enfermedad y la soledad. La literatura atribuye a la depresión en la mujer como las más prevalente; por los valores que coinciden en los estudios realizados en los últimos períodos. Se concluye que a menor años de escolaridad presentan bajas herramientas cognitivas para enfrentar el estrés y la depresión. Mientras que la dependencia económica contribuye como un factor defensor a la depresión (Durán-Badillo, Aguilar, & Martínez, 2013).

Los factores psicosociales analizadas en dos partes tanto los psicológicos como la necesidad de ser escuchados, pérdida de redes sociales, sentimientos de soledad y aislamiento social, inadaptación a la jubilación y descarto de actividades, temor a las enfermedades, preocupación de pérdida de amigos y familiares; manifestaciones de tristeza, llanto, intranquilidad y desasosiego, además violencia psicológica, temor a la muerte y pérdida de autoridad. Así como los sociales identificados por los problemas en la dinámica familiar, falta de medicinas, bajo apoyo comunitario, dificultades en la estructura comunitaria y la adquisición de alimentos (Jiménez & Izal, 2016).

2.2.5. Condiciones sociodemográficas del adulto mayor.

Las condiciones sociodemográficas definidos como variables antropométricas que caracterizan al individuo de estudio; con los indicadores de edad, sexo, nivel de educación, ingresos económicos, condiciones clínicas y otros factores que inciden en el propósito de la investigación. Generalmente los estudios descriptivos y transversales implican el análisis exhaustivo de estas estadísticas que dan razón de la situación actual del problema (Pérez & Aragón, 2018).

Estos parámetros como la edad que es arbitrario para identificar quién ha llegado a la vejez, que en muchas ocasiones desconocen aspectos del envejecimiento como los cambios de comportamiento. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad impulsan en los cambios demográficos a nivel mundial de 47 años a los 75 años para el 2050. Según Abarca (2015) en sus análisis de las variables asociados a la prevalencia de los síntomas depresivos define como marcadores de fragilidad y malestares incapacitantes, mediante la aplicación del test Yesavage en donde se consideró aspectos clínicos y escalas acerca del deterioro cognitivo, riesgo social y discapacidad.

El estudio demográfico de Cancino et al (2018) identificó que unos de cada 5 personas mayores presentan síntomas depresivos, sin embargo, existe una depresión clínica en un 5%; valores paralelos a estudios similares a nivel de América Latica; recomendando un análisis a profundidad sobre factores vinculantes en función a la literatura. Además de un seguimiento que clarifiquen los efectos depresivos en adultos mayores.

Otros de los parámetros que forman el conjunto sociodemográfico es la educación, el estrato socioeconómico y el lugar de residencia, en donde se analiza la brecha por sexo y su influencia en el grado de escolaridad, mientras que en el aspecto económico según Calderón (2018) no debe incidir en la vejez, dejando de lado este criterio por cuanto existe otras evidencias.

En cuanto al lugar de residencia se ha determinado que no existe diferencia significativa entre la población residente en el área urbano versus rural, sin embargo las proyecciones establecen que para el 2025 más del 80% de adultos mayores residirán en la parte central de las ciudad sobre todo en las residencias de migrantes. Estos valores discrepan en otro caso de América Latina como en el Ecuador y Perú según Fuentes (2014) el 40% de adultos mayores se encuentran en comunidades rurales y periferia urbana.

2.2.6. Otros factores de vulnerabilidad asociados a la depresión en los adultos mayores.

En los últimos años varias han sido las contribuciones académicas que han determinado mediante estudios descriptivos y transversales, variables asociados a los sociodemográficos y clínicos. Estas son las variantes de factores sociales que se tipifican como de riesgo en el maltrato de los adultos mayores en todas las sociedades, actualmente se reconoce los patrones culturales, tradicionales y de estereotipos acerca de los adultos mayores que juegan un papel importante en la conceptualización de la fragilidad, debilidad y dependencia (Alomoto Mera, 2018).

Según el profesor Cancino (2018) geriátrico reconocido conceptualiza a la vejez como un destino social; teniendo la cantidad de años, así como la calidad de vida características condicionadas por la sociedad. Por su parte, Alomoto (2018) confirma que la vejez no siempre recae en dependencia por decadencia física, sino que debido a la categorización social y presiones ejercidos sobre ellos, el envejecer implica un quebranto biológico, en donde el modelo tradicional resta oportunidades para que los mayores se mantengan activos.

La inexistencia de una conceptualización sociocultural de un conglomerado de actividades que serían propias de los adultos mayores conlleva a un sentimiento de inutilidad y sin reconocimiento. Al dejar sin tareas y actividades que conlleven esfuerzos disminuyen potencialidades y razón de importancia en la población, resignándose al mundo de la soledad y en muchos casos de encierro (Frias & Abarca, 2015).

Según Frias y Abarca (2015) la OMS calificó a la pobreza como una de las enfermedades más mortales en el mundo, esta conjetura tiene una relación de lógica entre las muertes y problemas sociales registrado a nivel mundial, debidos a los conflictos sociales y las malas condiciones de vida, asociados de forma directa en los adultos mayores.

Estudios realizados demuestran que la edad se presenta como un elemento de la caracterización de la pobreza debido a la relación entre edad avanzada y opciones de residir en un hogar pobre. Paralelo a esto existe un llamado de mundialización de la pobreza en los últimos tramos de vida, llegando como sugerencias políticas públicas y responsabilidad social frente a este problema (Valencia, 2012).

De acuerdo a HelpAge (2015) la pobreza presente en la tercera edad como un problema difundido es más frecuente por los países en desarrollo, enfrentando controversias debido a los cambios estructurales en la composición familiar, vinculados a los elementos estructurales y la superación en cuanto a la pobreza en todas las etapas de vida. Según Fernández et al (2018) existe un 56% de probabilidad de caer en la pobreza cuando un adulto mayor vive solo, esto disminuye al 42% cuando reside en pareja sin hijos; y algo más del 41% cuando están en hogares inter-generacionales.

El rechazo es catalogado como un factor asociado a la depresión por varios elementos identificados en la sociedad por la llamada ineptitud, improductividad, la enfermedad, la dependencia e incluso la fealdad, con menosprecio se puede observar el rechazo de la sociedad a las personas mayores no solo propias sino también extrañas, marginando familiares directos como padres, abuelos, vecinos entre otros, dando paso a una nueva subcultura con criterios de desprecio. Es así que la gran mayoría de los países desarrollados en las tres cuartas partes de ellos las personas que viven solas es baja menor al 10% aunque, estos valores aumentan sin presentar mayor significancia (Orces, 2018).

2.2.7. El rol de la enfermería en apoyo al adulto mayor.

Para Duran et al (2013)inician definiendo el apoyo social, como aquellos lazos entre las personas que determinan una significancia en la sostenibilidad de la integridad física y psicológica promoviendo el dominio emocional, mediante el consejo y la retroalimentación en la identidad y el desempeño adecuado de la persona, siendo protectores de resultados negativos, de los sucesos estresantes

como el aislamiento, depresión y otros malestares, en donde se puede generar una red de comunicación y compromisos mutuos.

El criterio de Frias y Abarca (2015) refieren al apoyo social mediante la intención directa proporcionando apoyo emocional en tareas o problemas generando una red social contribuyendo de forma afirmativa. Por su parte enfatizan el desarrollo de instrumentos con dimensiones y elementos de apoyo social hace extenso a las investigaciones; que soportan la atribución al apoyo social en la contribución de la salud física, psicológica, destacando al núcleo familiar como fuente primordial de respaldo a la población de mayores creando nuevos vínculos sociales.

Enunciando el rol de la enfermería hacia el apoyo social, que generalmente se relaciona con la interacción directa mediante el canal informal hacia la persona frente a los efectos positivos. Por tanto, el rol implica estrategias mediante esfuerzo en el cambio de procedimientos y conducta individual, generando responsabilidad y concientización como beneficio a largo plazo, y la satisfacción emocional, y la cooperación en llevar una vida activa a través de la promoción de gestiones saludables hacia una mejor calidad de vida (Valencia, 2012).

2.2.8. Test de Yesavage.

Los instrumentos que favorecen a la determinación de la depresión en los adultos mayores ha contribuido a enfrentar la problemática que implica el envejecimiento como un proceso natural irreversible varios han sido las herramientas desarrolladas desde la perspectiva subjetiva hasta los aportes científicos con documentación a modo de cuestionarios (Gómez Angulo & Campo Arias , 2011).

En esta ocasión la depresión geriátrica desde los resultados de la Escala de Yesavage que comprende la ejecución de un cuestionario dirigido a personas mayores a 65 años que luego de la evaluación clínica presentan una sospecha de depresión. Esta herramienta presenta dos versiones la primera dirigida a la llamada población diana que comprende a individuos sin diferenciar el sexo con

15 interrogantes, los puntos de corte se analizar en la siguiente tabla (Gómez Angulo & Campo Arias , 2011).

Cuadro 1. Escala de valores Yesavage

Valores	Criterio
0-5	Normal
6-10	Depresión Moderada
+10	Depresión severa

Los ítems con respuesta negativa se asignan puntuaciones de 1.

La segunda versión orientada a la población de sexo masculino, en el que se considera depresión cuando el número de respuestas erróneas son mayores a 4. El análisis de la depresión en un conjunto de adultos mayores que se analiza por las medidas estadísticas de tendencia centra (Gómez Angulo & Campo Arias , 2011)

2.3. Definición de Términos (Glosario)

Vejez: según Diccionario de RAE (2019) definido como un conjunto de características deteriorativas irreversibles, asociadas a la edad de un individuo.

Depresión: según Diccionario de RAE (2019) conceptualizado como una baja o decreciente percepción de la autoestima afectando el estado psicosocial de ser humano.

Abandono: EL Diccionario de RAE (2019) estable como renuncia de un conjunto de percepciones subjetivas.

Factores: según el Diccionario de RAE (2019) definido como un conjunto de elementos o preceptos propios o característicos asociados a un determinado objetivo.

Psicosocial: según el Diccionario de RAE (2019) relación del individuo con sí mismo y la comunidad.

Medida: EL Diccionario de RAE (2019) Unidades preventivas frente a una problemática de la sociedad que involucra un conjunto de elementos exógenos y endógenos representativos.

Calidad de vida: Percepción subjetiva y características propias de un conjunto estable de individuos en donde satisfacen sus necesidades de forma suficiente (Pallomba, 2015).

Condiciones sociales: Parámetros característicos de una comunidad asociados al bienestar subjetivos exógenos y endógenos (Calderón, 2018).

Demencia: Disminución progresiva de facultades cognitivas y procedimentales, generando trastornos de conducta (Fuentes, 2014)

Pérdida de memoria: Disminución cognitiva y acciones negativas en la actitud procedimental (Frias & Abarca, 2015).

Estereotipo: criterios, cualidades comúnmente aceptados en la sociedad aun sabiendo el aspecto negativo como efecto (Lacasa, 2018).

Cavidad: observación secuencial de una característica en particular en un conglomerado específico (Jiménez & Izal, 2016).

Longevidad: Ser humano con años fuera de los límites de esperanza de vida de una población (Lacasa, 2018).

Subjetivo: Criterio propio en su entorno (Pallomba, 2015).

Bivariado: Análisis estadístico de forma paralela en dos variables sean dependientes o independientes (Frias & Abarca, 2015).

Origen innato: Cualidades extraordinarias en una determinada área sin ninguna enseñanza previa (Pallomba, 2015).

Lúdicas: Características pedagógicas amigables con un estudiantes u oyente de un programa especial (Sampieri, 2016).

Estigma: Marca o señal e incluso un parámetro que defina un objeto, animal o al ser humano (Vargas, 2015).

Endógenos: Particulares interiores o características internas de un sistema de variables o criterios (Calderón, 2018).

Predisposición: Acción voluntaria frente a un acto (RAE, 2018).

Repitencia; lo determina la Real Academia de la Lengua Española (2019) como un fenómeno que afecta al ámbito educativo en todos los niveles. Se origina

cuando un estudiante no supera satisfactoriamente un curso o una asignatura determinada por lo que tiene la obligación a repetirlo nuevamente

Estudiantes: según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2019) es una persona identificada como un alumno con determinadas funciones y responsabilidades.

2.4. Operacionalización de Variables.

Variable Independiente.

Factores psicosociales

Variable Dependiente.

Depresión en los adultos mayores

Operacionalización de variables

Variable.	Definición	Dimensión	Indicadores.	Escala	Instrumento.
Depresión en los adultos mayores (dependiente)	Cambios fisiológicos y endócrinos como reacciones subjetivas del ser humano, producidos como origen innato, por experiencia o efectos adverso de algún suceso. En los adultos mayores presentándose en grado normal, moderada y severa (Montenegro y Santistebal, 2016).	Normal Depresión moderada Depresión severa	1 Satisfacción con la vida. 2. Sentimiento de vida vacía. 3. Sentimiento de frustración. 4. Buen humor en la mayor parte de tiempo. 5. Miedo a suceder algo malos. 6. Sentimiento maravilloso con la vida. 7. Sentimiento de energía en la actualidad.	0-5 6-10 Más de 10	Encuestas

			<p>8. Percepción sobre el bienestar de la gente.</p> <p>9. Proyección de nuevos proyectos.</p> <p>10. Tiene a menudo buen animo</p> <p>11. Satisfacción de estar vivo</p> <p>12. Esperanza de vida</p> <p>13. Miedo a suceder algo</p> <p>14. Necesidad de estar</p> <p>Solo</p> <p>15. Pérdida de esperanza</p>		
--	--	--	--	--	--

Factores psicosociales (Independientes):	<p>Hace referencia a Condiciones psicológicas y sociales que perturban a las personas en su conjunto independientemente del espacio y lugar de ubicación, efecto a necesidades materiales sentimentales mejoren su entorno.</p> <p>Las características amplias describirlo embargo se caracteriza perfil socio demográfico y las condiciones sociodemográficas. (Montenegro Santistebal, 2016).</p>	Sociodemográfico	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 60-65 • 66-71 • 72-77 • 78-84 	Encuestas
			Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	
			Etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Indígena • Mestiza • blanco 	
			Nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> • Básico • Medio • Bachillerato • Otros 	

			Ingreso económico	<ul style="list-style-type: none"> • Bono de Desarrollo Humano • Bono de discapacidad • Pensión jubilar • Ingresos propios • Otros 	
			Tipo de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Arrendada • Prestada 	
			Residencia en la Actualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Esposa • Familiares/hijos • Solo • Cuidadores 	
			Necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Luz • Agua • alcantarillado 	
			Atención de salud especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro • Hospital público • Visitas domiciliarias • Otros 	

Condiciones psicológicas	Perdida de la Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio acerca de la memoria
	Necesidades de la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Característica de la comunicación
	Percepción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala • Regular
	Planificación del futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Viajes • Paseo • Visitar a un familiar o amigo.
	Actividad diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios físicos • Actividades culturales • Trabajo comunitario • Actividades agrícolas y ganaderas. • Otros.....

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación

En base a la metodología de Sampieri (2014) se determina un enfoque cuantitativo por cuanto la búsqueda de información recopilada y analizada es objetiva, además el mismo fortalece el manejo de métodos estructurales que conduce la tabulación y el cálculo de indicadores, a fin de dar cumplimiento a las propuestas específicas de la investigación.

En el contexto metodológico se define también un enfoque cualitativo, mediante la herramienta de entrevista aplicada a los responsables de la problemática a fin de analizar el criterio, las acciones y comportamiento sobre la depresión del adulto mayor.

3 2. Diseño

El diseño de la investigación se define como descriptivo transversal por cuanto consistió en recopilar y analizar información elemental de las variables establecidas en la población de adultos mayores, y se realiza un análisis descriptivo univariante de los resultados.

Mientras que el tipo de estudio se determina de corte transversal ya que se analiza la investigación en un periodo de tiempo determinado, es decir en un momento dado.

3.3. Población y muestra

Bajo un criterio de modelo no probabilístico se asigna como muestra en la investigación a 30 adultos mayores que se registran en el centro de Salud Julio Moreno los mismos se determinan como unidades de análisis.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se establece como herramienta de recolección de datos a la encuesta dirigida a la población objetivo, que fue ejecutada de forma directa con la presencia del individuo, descartando una instrucción básica por cuanto el grado de escolaridad es mínimo, además los problemas de audición y visión detectados en los antecedentes hace que la presencia directa se sea necesaria para la recopilación de información.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de la información obtenida mediante las encuestas, se inició realizando un análisis estadístico univariante que consiste en describir la población mediante frecuencias, estadísticos descriptivos y otro que caractericen a la población. Por otro lado, también se realizó el procedimiento de cálculo en cuanto a la prevalencia como una proporción de estudiantes repitentes en la cohorte de estudio sobre el total de estudiantes que ingresaron en el período 2014.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La técnica de procesamiento de datos está basada en la tabulación y gráficos de datos mediante un criterio descriptivo univariante, que consiste en las frecuencias y porcentajes de cada interrogante.

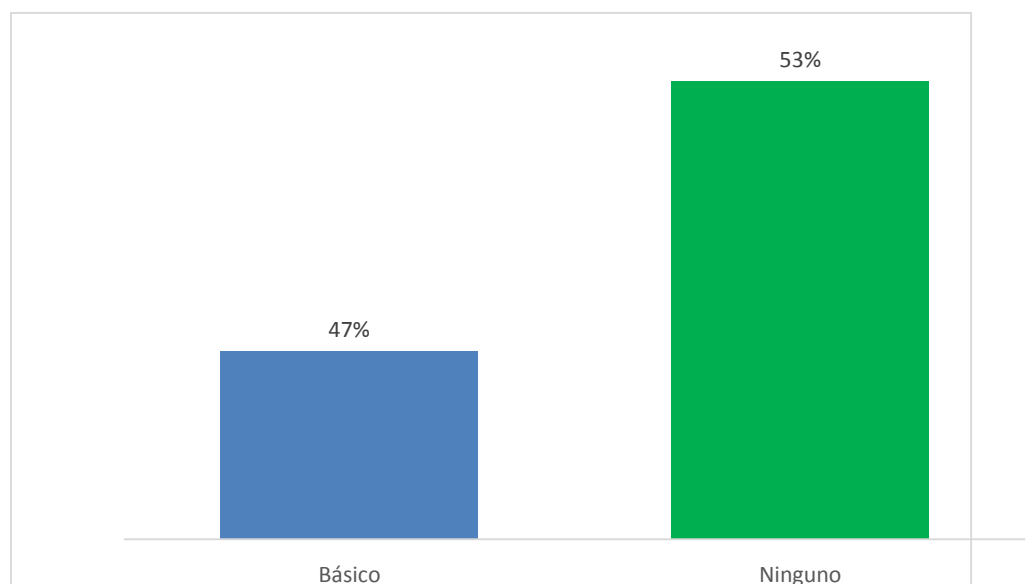
CAPITULO IV: RESULTADOS ALCANZADOS SEGUN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Pregunta 1: ¿Cuál es el nivel de educación alcanzado?

Tabla 1 Nivel de educación

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Básico	14	47%
Ninguno	16	53%
Totales	30	100%

Gráfico 1. Nivel de educación



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

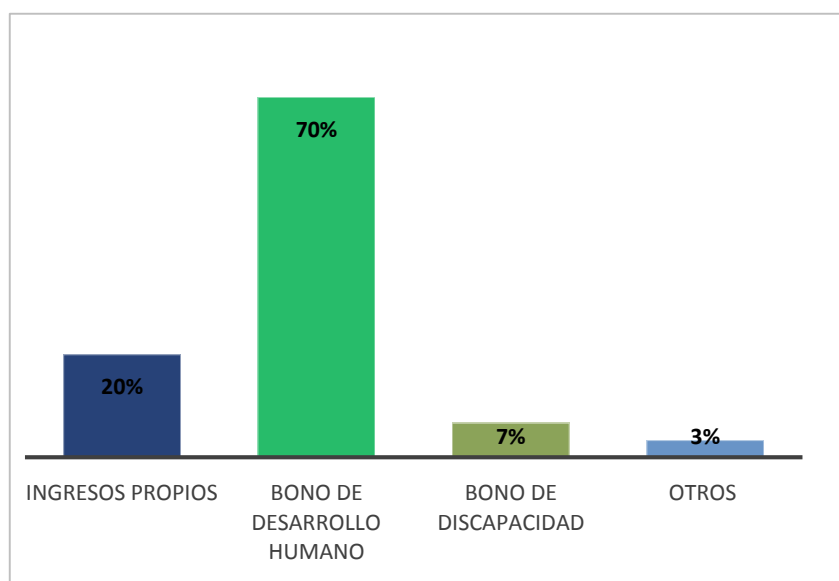
Interpretación: Los resultados obtenidos reflejan en la figura que el 53% no alcanzaron algún nivel de instrucción en la educación. Es decir, carecen de un grado de escolaridad. Sin embargo, existe un porcentaje de alrededor del 47% que presentan un nivel básico teniendo conocimientos apenas de lectura y escritura.

Pregunta 2: ¿De dónde obtiene sus ingresos económicos?

Tabla 2 Ingresos Económicos

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Ingresos propios	6	20%
Bono de desarrollo humano	21	70%
Bono de discapacidad	2	7%
Otros	1	3%
Totales	30	100%

Gráfico 2. Ingresos económicos



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

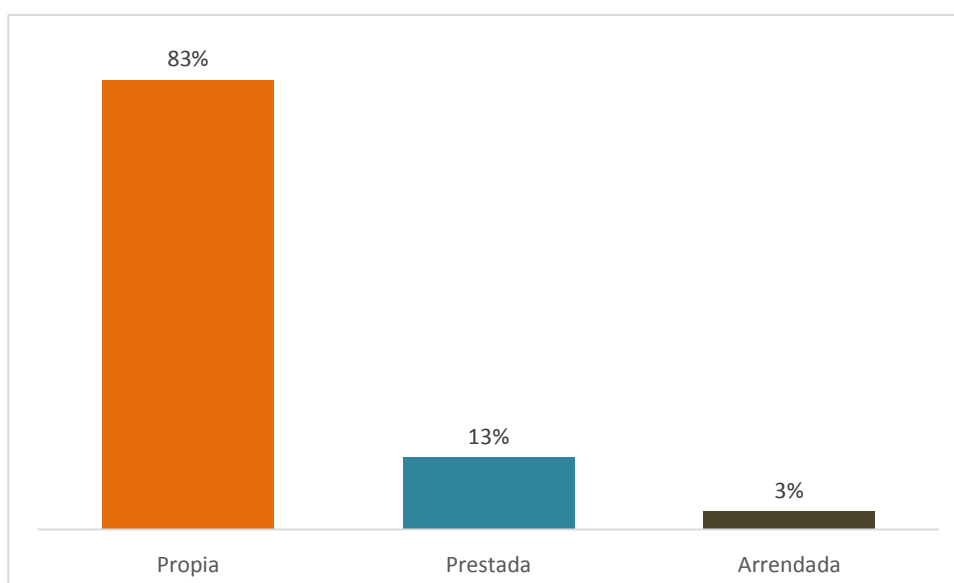
Interpretación: En la figura se observa que el 70% reciben el Bono de Desarrollo Humano; además especifica un 20% que cuentan con ingresos propios; el 7% que corresponde al bono de discapacidad y el 3% a otros medios.

Pregunta 3 ¿Indique el tipo de vivienda que posee?

Tabla 3 Tipo de Vivienda

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Propia	25	83%
Prestada	4	13%
Arrendada	1	3%
Totales	30	100%

Gráfico 3 Tipo de vivienda



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

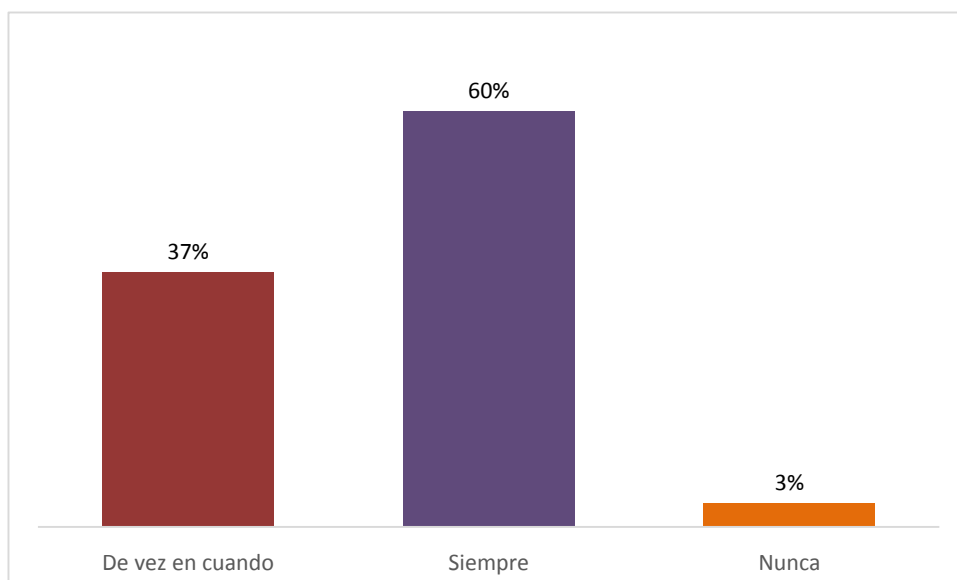
Interpretación: En la figura indica que el 83,0% correspondiente a 25 adultos mayores cuentan con vivienda propia, frente a valor representativo del 13% que consideran como prestada. Esto refleja la situación de vivencia de su diario vivir por cuanto las personas que no cuentan con residencia propia, se sienten inseguros y es un motivo más para su desesperación y angustia.

Pregunta 4 ¿Con qué frecuencia olvida las cosas?

Tabla 4 Olvido de las cosas

Opciones	Recuentos	Porcentajes
De vez en cuando	11	37%
Siempre	18	60%
Nunca	1	3%
Totales	30	100%

Gráfico 4 Olvido de las cosas



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

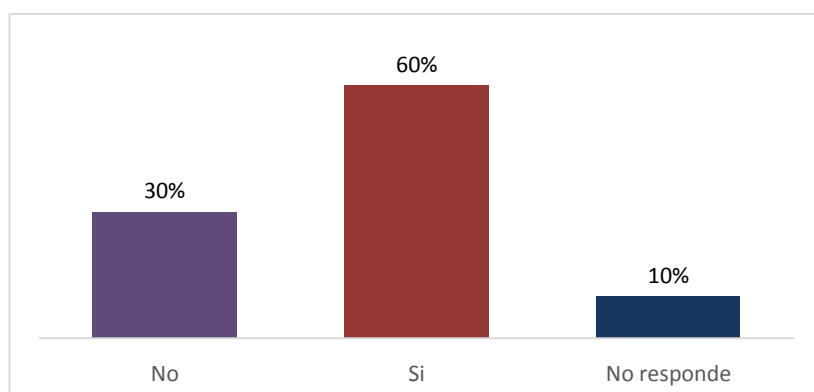
Interpretación: El 60% de los encuestados que corresponde a 18 personas registrados en la tabla 4 se olvidan de vez en cuando las cosas; frente a un 37% correspondiente a 11 adultos mayores que indican que este problema les afecta de forma seguida y frecuente. Presentando así una de las características propias de la edad, repercutiendo en su estado de ánimo y poniendo en peligro a esta población.

Pregunta 5 ¿Cuenta con alguien de confianza al que generalmente comparte sus vivencias?

Tabla 5 Personas de confianza al que generalmente comparten sus vivencias

Opciones	Recuentos	Porcentajes
No	9	30%
Si	18	60%
No responde	3	10%
Totales	30	100%

Gráfico 5 Personas de confianza al que generalmente comparten sus vivencias



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

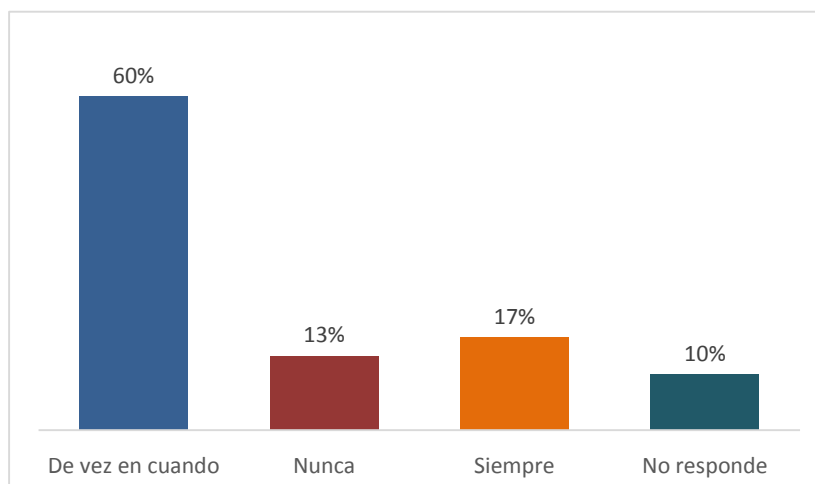
Interpretación: Los resultados muestran que un 60% que corresponden a 18 personas cuentan con una persona a quien comparten sus vivencias del diario vivir o permanecen en diálogos frecuentes, además existe un valor considerable del 30% que representa 9 personas que no tienen con quien intercambiar sus ideas, experiencias además de sus criterios, esto indican por razones de estar solos o simplemente ya no le prestan atención, este mismo criterio se sostiene para aquellas personas que no responden a la pregunta pues siente un poco de recelo en responderla. Su situación de vivienda es un abandono por la parte social y familiar.

Pregunta 6 ¿En la actualidad sus criterios son considerados importantes?

Tabla 6 Importancia de Criterios

Opciones	Recuentos	Porcentajes
De vez en cuando	18	60%
Nunca	4	13%
Siempre	5	17%
No responde	3	10%
Totales	30	100%

Gráfico 6 Importancia de criterios



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

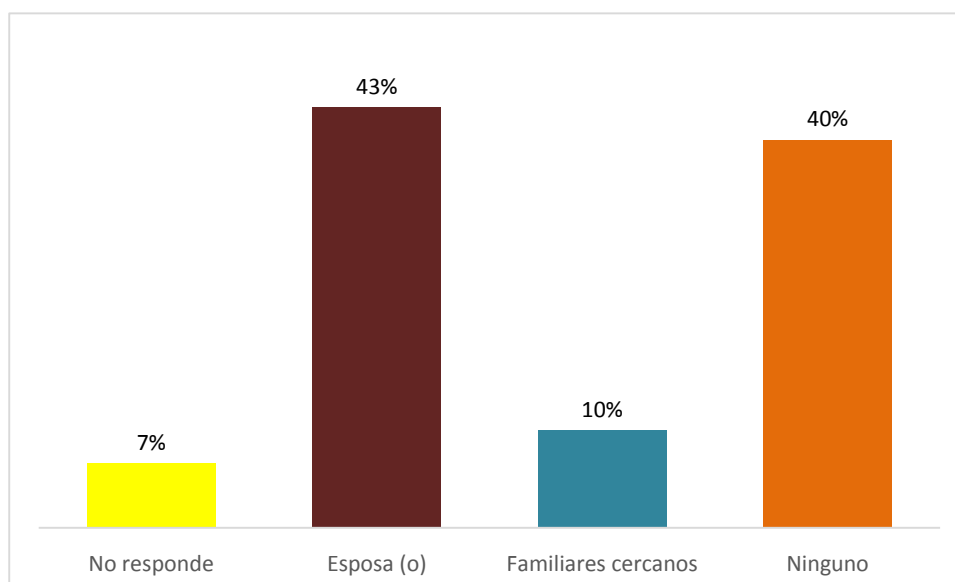
Interpretación: Como se puede observar en la figura el 60% de los adultos mayores ya no son considerados importantes, dejando invalidado en muchas veces el razonamiento que aporta por su experiencia este grupo poblacional, también un 17% que corresponde a 5 personas manifiestan que sus voces son escuchadas de manera frecuente. Se refleja también en la tabla 5 un 13% y 10% quienes describen que sus criterios nunca son considerados o a su vez no responden a la pregunta. Esto indica de forma en general un aislamiento del núcleo familiar pues se sienten despreciados o rechazados; afectando la autoestima de este grupo poblacional.

Pregunta 7 ¿En la actualidad con quien reside en su hogar?

Tabla 7 Residencia en el hogar

Opciones	Recuentos	Porcentajes
No responde	2	7%
Esposa (o)	13	43%
Familiares cercanos	3	10%
Ninguno	12	40%
Totales	30	100%

Gráfico 7 Residencia en el hogar



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

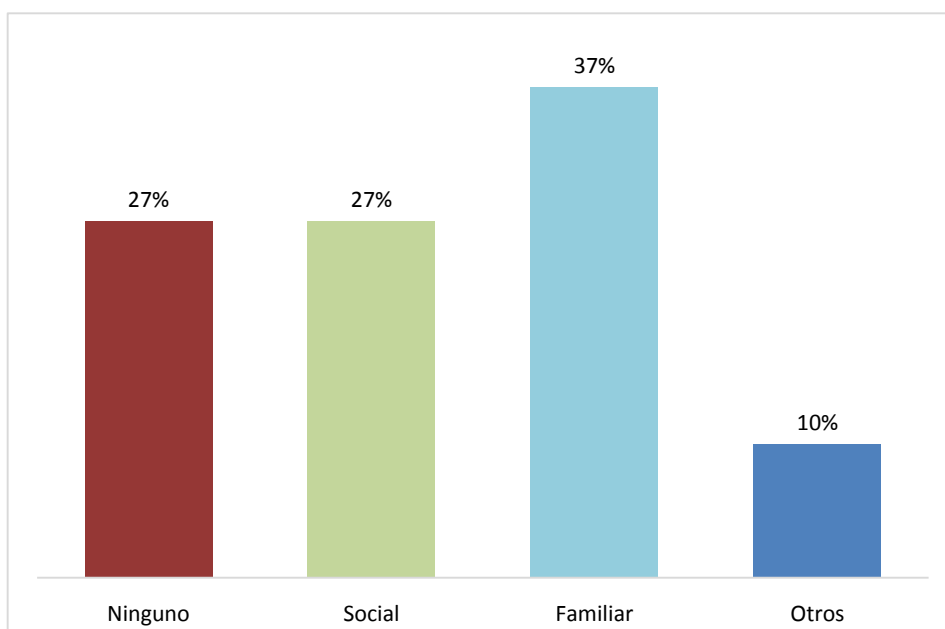
Interpretación: En cuanto a la residencia en el hogar de los adultos mayores según la tabla 7 el 43% residen con la esposa, frente a un 40% que residen solos por cuanto son solteros o viudos. Esto visibiliza el entorno que rodea al adulto mayor sea de familiares cercanos o vecinos.

Pregunta 8 ¿Siente algún tipo de abandono?

Tabla 8 Tipo de abandono

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Ninguno	8	27%
Social	8	27%
Familiar	11	37%
Otros	3	10%
Totales	30	100%

Gráfico 8 Tipo de abandono



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

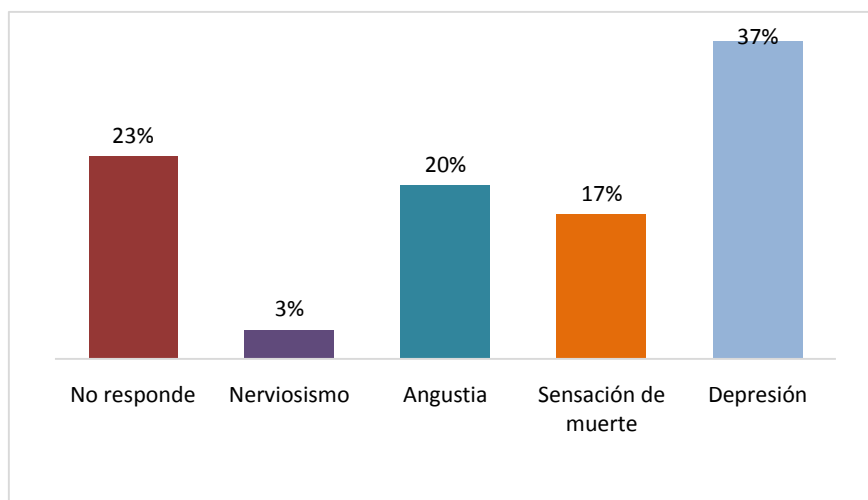
Interpretación: Los adultos mayores de Julio Moreno el 37% que corresponde a 11 personas manifiestan percibir un abandono familiar, mientras que un 27% que correspondiente a 8 personas indican un abandono social ya que sienten que las autoridades o dirigentes comunales no les consideran en las decisiones o beneficios del sector, un valor similar manifiesta no presentar esta problemática de abandono por cuanto presentan el acompañamiento de sus familiares, vecinos y la comunidad aún de vivir permanente con alguno de ellos.

Pregunta 9 ¿Qué tipo de consecuencia emocional ha generado el abandono en usted?

Tabla 9 Consecuencia emocional generado el abandono

Opciones	Recuentos	Porcentajes
No responde	7	23%
Nerviosismo	1	3%
Angustia	6	20%
Sensación de muerte	5	17%
Depresión	11	37%
Totales	30	100%

Gráfico 9 Consecuencia emocional generado el abandono



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

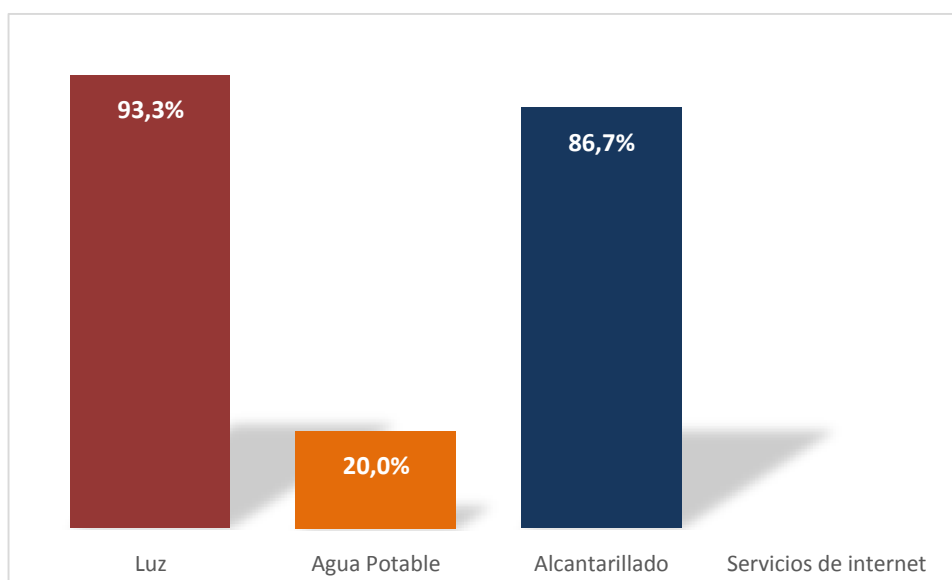
Interpretación: Los resultados reflejan que el 37% de adultos mayores ha generado depresión, seguidos de no responder a esta interrogante pues reservan su criterio y manifiestan recelo; a esto se suma un porcentaje representativo del 20% que revelan angustia a causa de la soledad y hasta expresan sensación de muerte en un 17%. En menor valor del 3% indican tener sensaciones de nerviosismo acompañados de tristeza.

Pregunta 10 ¿Cuenta con acceso a los siguientes servicios básicos?

Tabla 10 Servicios básicos

Opciones	Recuento	Porcentaje
Luz	28	93,3%
Agua Potable	6	20,0%
Alcantarillado	26	86,7%
Servicios de internet	0	0,0%

Gráfico 10 Servicios básicos



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

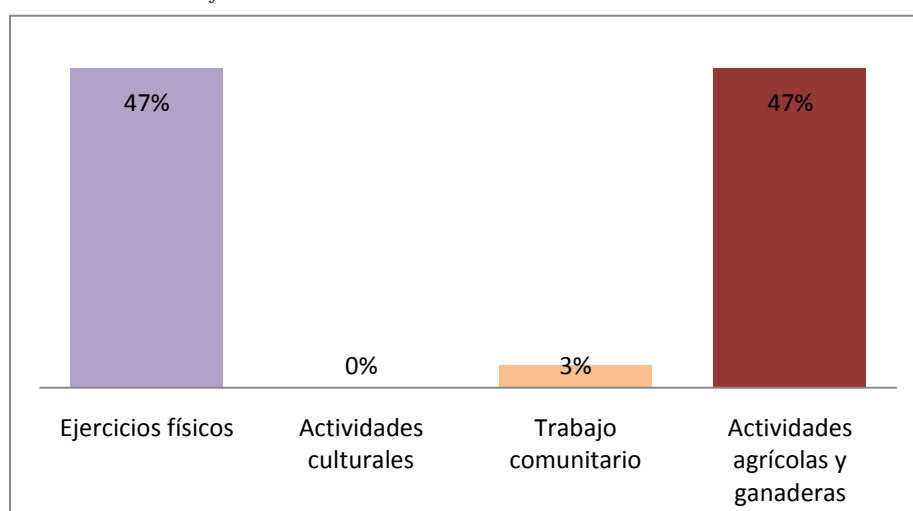
Interpretación: Según la tabla 9, el 93% manifiestan contar con los servicios básicos de luz y alcantarillado, mientras que un 20% cuentan con luz, agua potable y servicio de alcantarillado, además un 86% cuentan con los tres servicios básicos. Descartando el uso de internet. En el primer caso cuentan con acceso a una red de agua de riego el mismo que es utilizada para el consumo humano, en el segundo caso el servicio de agua potable es entubada sin embargo es considerada como potable.

Pregunta 11 ¿Qué actividades realiza en su diario vivir con frecuencia?

Tabla 11 Actividades en su diario vivir

Opciones	Recuento	Porcentajes
Ejercicios físicos	14	47%
Actividades culturales	0	0%
Trabajo comunitario	1	3%
Actividades agrícolas y ganaderas	14	47%

Gráfico 11 Actividades en su diario vivir



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

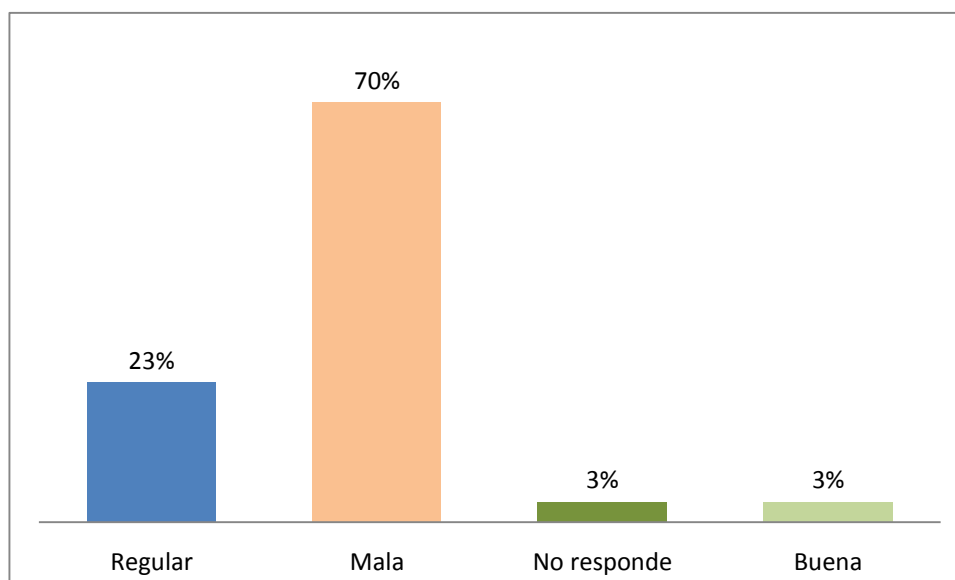
Interpretación: Los adultos mayores encuestados permanecen activos en más del 90% ya sea en actividades agrícolas y ganaderas o en actividades físicas con funciones del pastoreo de especies menores como ovejas, cerdos o el cuidado de aves. Además de hacer trabajo comunitario en un 3% que comprende las mingas.

Pregunta 12 ¿Cuál es su percepción en cuanto a su salud?

Tabla 12 Percepción de salud

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Regular	7	23%
Mala	21	70%
No responde	1	3%
Buena	1	3%
Totales	30	100%

Gráfico 12 Percepción de salud



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

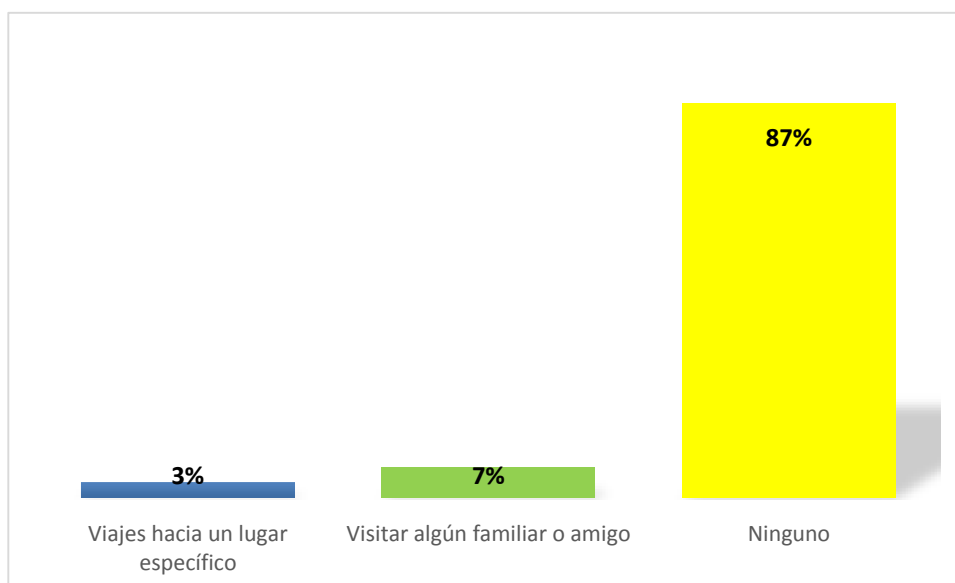
Interpretación: Los resultados de las encuestas representados en los adultos mayores perciben su salud como mala en un 70% manifiestan tener problemas cardíacos, gastritis, hipertensión y alzheimer o simplemente siente su salud deteriorada, por otro lado, en alrededor del 23% siente regular por los mismos problemas mencionados. Existe un 3% que no responden a la pregunta mantienen en reserva su respuesta, sin embargo, se evidencia su deterioro emocional como físico.

Pregunta 13: ¿Qué actividades ha planificado usted para el futuro?

Tabla 13 Actividades planificadas para el futuro

Opciones	Recuento	Porcentajes
Viajes hacia un lugar específico	1	3%
Visitar algún familiar o amigo	2	7%
Ninguno	26	87%

Gráfico 13 Actividades planificadas para el futuro



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

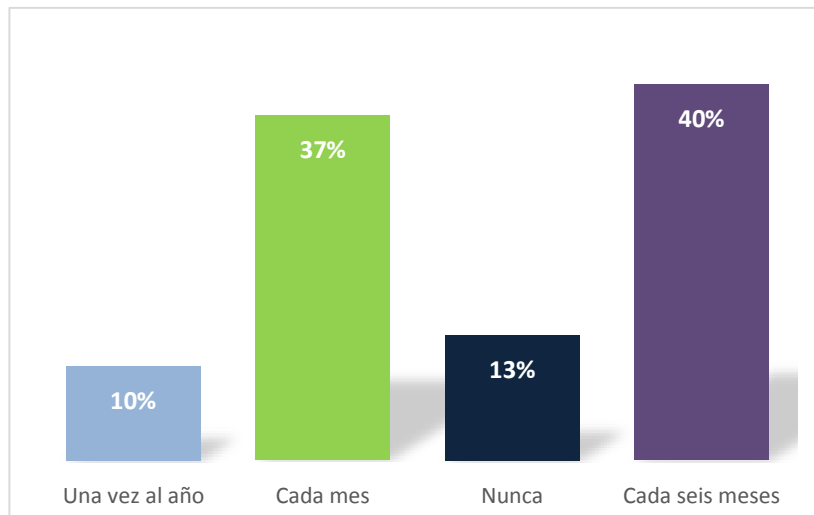
Interpretación: Acerca de las actividades planeadas en un tiempo posterior el 87% menciona no haber planificado nada para el futuro, tienen limitaciones físicas ya que no pueden viajar o realizar actividades de forma independiente, y tan solo un 7% tienen planificado visitar a un familiar o amigo, como hijos, hermanos o parientes

Pregunta 14: ¿Con que frecuencia usted se realiza chequeos médicos?

Tabla 14 Frecuencia de chequeos médicos

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Una vez al año	3	10%
Cada mes	11	37%
Nunca	4	13%
Cada seis meses	12	40%
Totales	30	100%

Gráfico 14 Frecuencia de chequeos médicos



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

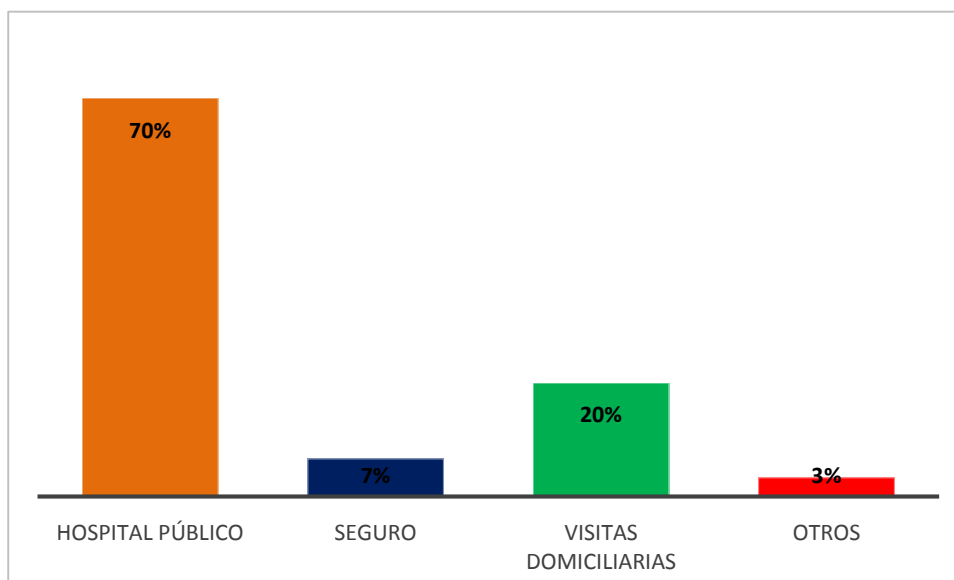
Interpretación: En lo que tiene que ver al cuidado de la salud según la tabla 14, el 40% del grupo en estudio se realiza chequeos cada seis meses; frente a un 37% mensual pues consideran su salud de mucha importancia además tiene un centro de atención médica en la parroquia lo que facilita el servicio, por otro lado un 10% acuden cada seis meses, mencionan algunos de ellos no tener mayores problemas o afecciones a la salud por lo que solo acuden una vez al año, sin embargo un 13% no acude al centro médico.

Pregunta 15: ¿Ha recibido algún tipo de atención médica en los últimos 3 meses?

Tabla 15 Tipo de atención médica en los últimos 3 meses

Opciones	Recuentos	Porcentajes
Hospital público	21	70%
Seguro	2	7%
Visitas domiciliarias	6	20%
Otros	1	3%
Total	30	100%

Gráfico 15 Tipo de atención médica en los últimos 3 meses



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

Interpretación: De los resultados de la Figura se puede apreciar que el 70% de personas han acudido en los últimos 3 meses al hospital público, el mismo corresponde al centro de Salud de la parroquia y al HANM. También un 20% manifiestan que tienen visitas domiciliarias por parte de los médicos y otras personas como el MIES que tienen como función velar por el estado de la salud física y mental de los de la tercera edad.

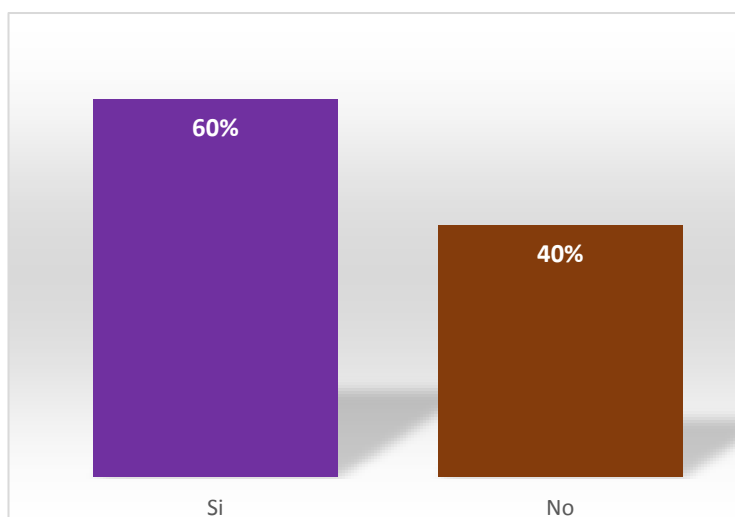
4.1. Análisis de la Escala de Yesavage

Interrogante	Si	No	Criterio de depresión
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	28	2	no
2. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?	9	21	no
3. ¿Se siente abandonado?	27	2	si
4. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	17	13	no
5. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	24	6	si
6. ¿Siente que ha perdido autoridad en su círculo familiar?	26	4	si
7. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	26	4	no
8. ¿Se siente lleno de energía?	16	14	no
9. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	20	10	no
10. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	17	13	si
11. ¿Tiene usted problemas superiores a los demás del grupo?	16	12	si
12. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	24	6	si
13. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	22	8	si
14. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	18	12	si
15. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales aficiones?	22	8	si

4.1.1. Valoración global

0-10	Normal.
11-14:	Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
>14	Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Según el criterio de Yesavage establece una escala de valores en donde se define si presenta depresión o no el adulto mayor; en función a esto dentro de las 15 preguntas planteadas se determina si presenta depresión de acuerdo al resultado obtenido. En esto en el primer interrogante no refleja la problemática por cuanto mencionan que están satisfechos con su vida, otro análisis similar se tiene con los ítems 8, 9 y 4 en donde sus respuestas se asignan que carecen de depresión; por otro lado en los ítems, 10 al 15 manifiestan depresión.



Elaborado por: Veloz. K, Espín. F. 2019

Fuente: Encuestas adultos mayores PJMC

Interpretación: Como resultado general se tiene que presentan depresión en un nivel mínimo ya que el número de escalas con respuesta “si” superan al resultado “no”, además el número de indicadores de depresión superan al no contenerlas. Por lo que se determina depresión en la población sujeta a los temas de abandono, actividades diarias, sensación de problemas y criterios en el círculo familiar.

MARCO ADMINISTRATIVO

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Recopilación de la información para selección del tema.	X	X																								
Aprobación del tema por Concejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano y designación de tutores.					X																					
Investigación concerniente con el tema para la realización del Capítulo I.						X	X																			

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De las encuestas realizadas se determinó que las condiciones sociodemográficas en los adultos mayores se encuentran aptas para una supervivencia por cuanto en mayor porcentaje cuentan con los servicios básicos luz, agua y alcantarillado.
- Se concluye también que esta población económicamente depende del Bono de Desarrollo Humano e ingresos propios que vienen de la agricultura y la crianza de especies menores. Las viviendas en más del 80% son propias sin embargo existen casos del 13% que se encuentran en estado arrendado.
- Las depresiones de los adultos mayores determinados en la investigación son: el abandono familiar con el 37% y en menor proporción el abandono social. Generando un 37% de depresión e incluso sensaciones de muerte.
- Otros factores que implica esta problemática determinada en la investigación son las actividades del diario vivir como la soledad sin embargo se identifican activos en un 60% a esto se suma el cuidado de salud en donde el 41% realizan chequeos mensuales; no obstante, un 70% perciben su estado de salud como en malas condiciones.

5.2 Recomendaciones

- En base a los resultados obtenidos se recomienda trabajar con el adulto mayor en actividades lúdicas de manera conjunta con el entorno para mejorar su estado de ánimo y eviten caer en algún grado de depresión, por cuanto cuentan con las herramientas y accesos a los servicios básicos de supervivencia.
- En vista de la necesidad de conceptualizar actividades específicas del adulto mayor frente a la depresión se elaboró una guía didáctica, por lo que se recomienda su aplicación con la población para mejorar su calidad de ánimo.
- Se recomienda la intervención desde la parte académica como responsabilidad social para contribuir con evidencia científica, en la elaboración de propuestas y políticas públicas que beneficien a la población vulnerable como los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Calderón, D. M. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Scielo*, 10.
- Diccionario panhispánico de dudas*. (2019). Española.
- Alomoto Mera, M. C. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 11.
- Álvarez-Dardet, S. M., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., & Lara, B. L. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 10.
- Ávila, M. M., & Romaguera, M. R. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *SciELO*, 10.
- Cancino, M. R.-F. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de Chile*, 10.
- Cardona-Arias, J. A., & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *SciELO*, 10.
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., & Martínez, M. L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Science Direct*, 8.
- Fernández, M. E., Lacruz, A. I., Lacruz, M. G., & López, A. V. (2018). La dependencia: efectos en la salud familiar. *Science Direct*, 23.
- Frias, D. R., & Abarca, I. O. (2015). Riesgo de depresión en personas mayores de 75 años, evaluación geriátrica integral y factores asociados en la atención primaria: estudio de corte transversal. *ELSEVIER*, 10.
- Fuentes, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 10.

- Fuentes, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 10.
- Gómez Angulo, C., & Campo Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10.
- Jiménez, M. G., & Izal, M. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 50.
- King, M. V., Cáceres, J. A., & Abdulkadir, M. S. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 15.
- Lacasa, L. G. (2018). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Poblacion y Sociedad*, 10.
- Lisbet Guillén Pereira, E. B. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Dialnet*, 10.
- Manobanda Guaquipana, M. L., & Sela Tingo, D. C. (2018). *Factores asociados a la desnutrición del adulto mayor en la Comunidad de Cuatro Esquinas*. Guaranda.
- Orces, C. H. (2018). The association between obesity and vitamin D status among older adults in Ecuador. *Dialnet*, 10.
- Pérez, T. d., & Aragón, C. M. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Scielo*, 10.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30.
- Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *ELSEVIER*, 10.

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

"UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR"

Encuesta dirigida a los adultos mayores de la Parroquia de Julio Moreno

Objetivos: Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, de la Parroquia de Julio Moreno.

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Sexo: _____
Etnia: _____ Residencia/Sector: _____

1. ¿Cuál es el nivel de educación alcanzado?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Básico
- Medio
- Bachillerato
- Otro ¿Cuál? _____
- Ninguno

2. ¿De dónde obtiene sus ingresos económicos?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Bono de desarrollo humano
- Bono de discapacidad
- Pensión Jubilar
- Ingresos propios
- Otros Indique _____

3. ¿Indique el tipo de vivienda que posee?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Propia
- Arrendada
- Prestada
- Otro Indique _____

4. ¿Con qué frecuencia olvida las cosas?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Siempre
- De vez en cuando
- Nunca

5. **¿Cuenta con alguien de confianza al que generalmente comparte sus vivencias?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- si
- No
- ¿Cuál?

6. **¿En la actualidad sus criterios son considerados importantes?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Siempre
- De vez en cuando
- Nunca

7. **¿En la actualidad con quien reside en su hogar?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Hijos
- Esposa (o)
- Familiares cercanos
- Cuidadores
- Ninguno
- Otro ¿Cuál? _____

8. **¿Qué tipo de abandono vive usted?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Hermana
- Hijos
- Tios
- Otros ¿Cuál?

9. **¿Qué tipo de consecuencia emocional ha generado el abandono en usted?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Depresión
- Angustia
- Nerviosismo
- Sensación de muerte

10. **¿Cuenta con acceso a los siguientes servicios básicos?**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Luz
- Agua potable
- Alcantarillado
- Servicios de internet

11. ¿Qué actividades realiza en su diario vivir con frecuencia?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Ejercicios físicos
- Actividades culturales
- Trabajo comunitario
- Actividades agrícolas y ganaderas
- Otros Indique_____

12. ¿Cuál es su percepción en cuanto a su salud?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Buena
- Mala
- Regular
- Por

qué:_____

13. ¿Qué actividades ha planificado usted para el futuro?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Viajes hacia algún lugar específico
- Visitar a un familiar o amigo
- Ninguno
- Por qué :_____

14. ¿En la actual usted realiza chequeos médicos?

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Si
- No Por qué:_____

15. Ha recibido algún tipo de atención médica en los últimos 3 meses

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Seguro
- Hospital público
- Visitas domiciliarias
- Otros

ANEXO 2: TEST DE YESAVAGE

Interrogante	Si	No
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Siente que su vida está vacía?		
3. ¿Se siente abandonado?		
4. ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
5. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
6. ¿Siente que ha perdido autoridad en su círculo familiar?		
7. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
8. ¿Se siente lleno de energía?		
9. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
10. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
11. ¿Siente tener más problemas que los demás del grupo?		
12. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
13. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
14. ¿Se siente a menudo sin esperanza?		
15. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?		

ANEXO 3: GUÍA EDUCATIVA BÁSICA PARA MEJORAR LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Presentación

La prevalencia de la depresión en el adulto mayor implica un problema importante de salud, por cuanto repercute sobre la calidad de vida del individuo y sobre el entorno familiar además de comunitario; siendo uno de los factores principales de riesgo de suicidio, por lo que la problemática es de gran importancia para el sistema de salud público y la sociedad.

Con amplio respaldo de la normativa ecuatoriana existen protocolos del manejo y cuidado de los adultos mayores, sin embargo, la necesidad de efectivizar un documento acercado a la realidad lleva a la elaboración del presente instrumento como herramienta de respaldo de un proceso investigativo de la problemática en la Parroquia Julio Moreno.

En este contexto se presenta la guía de mejoramiento del cuidado de la depresión del adulto mayor que comprende las definiciones de la problemática y actividades recomendadas en el procedimiento del profesional de enfermería y familiares o responsables del cuidado.

Objetivo

Mejorar la atención de enfermería en grupos de adultos mayores, contribuyendo al cuidado de la depresión en la población de adultos mayores de la Parroquia Julio Moreno Central.

Antecedentes

En el Ecuador un 15% de la población está compuesta por personas mayores a 65 años de edad, la misma característica presenta la PJMC. Con la particularidad de que los actores cumplen con su responsabilidad social. En donde se encuentran definidos los roles con la persona mayor.

La problemática del adulto mayor y sus repercusiones como un proceso natural tienen efectos negativos generalmente en población de clase media y baja, una de estas características es la depresión en sus diferentes grados. Por lo que en la PJMC se ha determinado una leve depresión en sus adultos mayores. Además, que las condiciones sociodemográficas en la población adulta se encuentran aptas para una supervivencia estable. Por lo que es necesario la elaboración de una guía didáctica que contribuya a mejorar la calidad de atención de enfermería y el rol de los actores que implican la depresión en las personas mayores.

Conceptualización, factores de riesgo y cuidado.

La depresión como un conjunto de síntomas donde se presenta un predominio de (apatía, melancolía, desesperación, malestar e impotencia, sensaciones de muerte) con variabilidad, con afecciones patológicas, volitivas y somáticas, definiéndose como afectación psíquica y física.

El trastorno depresivo planteado a partir de datos observados con rasgos de deterioro en la apariencia, presentación del aspecto personal, tono de voz, desconcentración, sueño, ideas pesimistas. En varios casos esta problemática tiene antecedentes personales o malas experiencias desde la juventud recayendo en la tercera edad.

Estrategias de enfermería para el manejo de la depresión en el adulto mayor.

Estrategia	Actividad
Reconocer y evidenciar en el círculo familiar y el entorno, actitudes, valores y expectativas sobre el envejecimiento y su efecto en el cuidado de las personas de la tercera edad.	Visitas domiciliarias y fichas médicas
Fomentar el concepto acerca del cuidado personalizado en los adultos mayores.	Orientación en las: 1. Visitas domiciliarias 2. Post consulta
Comunicarse respetuosamente con los adultos mayores de una forma efectiva y compasiva.	Comunicación efectiva en las áreas de: 1. Preparación 2. Post consulta. 3. Visitas domiciliarias
Mostrarse de acuerdo en la mediación como efecto de la sensación y percepción realizado por los cambios funcionales, corporales, cognoscitivos y psíquicos.	La mediación de la aceptación de los conceptos que implica el proceso de envejecimiento se lo realiza en un dialogo abierto en cualquiera de las áreas del profesional de enfermería.
Insertar en las actividades diarias, herramientas para estimar el estado corporal, funcional, psíquico, social y espiritual en las personas de edad avanzada.	Ejemplos prácticos de actividades de recreación para mejorar el estado emocional
Examinar los escenarios del contexto de vida en el grupo de la tercera edad	Diagnosticar el entorno del adulto mayor (TAP).
Con énfasis a los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales.	

<p>Analizar la efectividad de los recursos de las familias y la comunidad en conservar un ambiente con el mínimo permisible de restricciones.</p>	<p>Diagnosticar el entorno del adulto mayor (TAP).</p>
<p>Reducir los elementos comunes de riesgo que influyen en la declinación funcional, como quebranto de vida y la incapacidad de los mayores.</p>	<p>Prácticas demostrativas en las reuniones de grupo.</p>
<p>Usar las TIC para fomentar la independencia, seguridad en la comunidad y adultos mayores.</p>	<p>Incentivar el uso de la tecnología para la comunicación</p>
<p>Aplicar principios éticos en base a la normativa ecuatoriana en el cuidado de los adultos mayores.</p>	<p>Reconocer al adulto mayor como un individuo de derechos.</p>

PARTE 1: ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento definido como un proceso natural, universal, irreversible en el ser humano en donde intervienen factores educativos, sociales y requiere la adaptación del entorno frente al carácter individual.



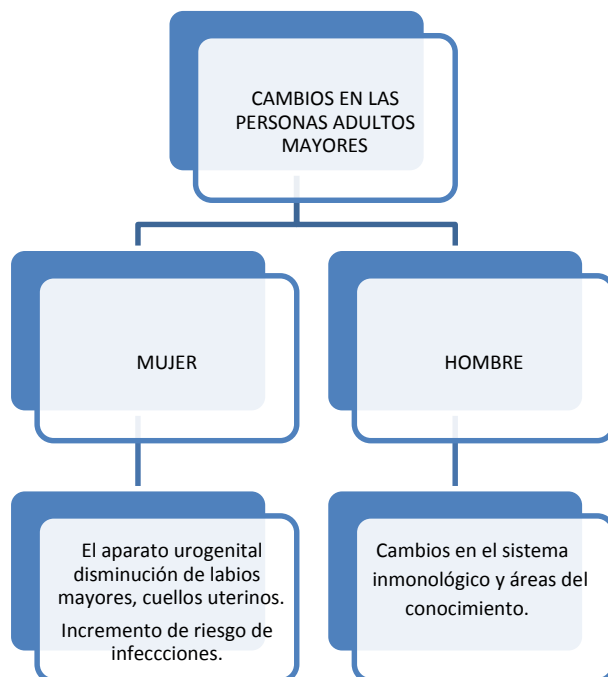
Cambios y alteraciones propios del envejecimiento:

El proceso natural del envejecimiento presenta cambios físicos, funcionales y psíquicos, como resultado de un proceso de vida.

Alteraciones y cambios en los sentidos	Efectos
Visión	Disminución <ol style="list-style-type: none">1. Identificación de colores2. Visión nocturna3. Producción de lagrimas4. Capacidad de diferenciar objetos5. Capacidad de adaptación a cambios de luz.6. Incrementa riesgos de caídas.
Audición	Disminuye: <ol style="list-style-type: none">1. Capacidad de distinguir ruidos y sonidos.2. Disminuye la audición3. Incrementa el cerumen

Gusto y olfato	<p>Disminuye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de sentir sabor y gusto. 2. Baja la sensibilidad de sentir olfato.
Piel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuye la capacidad de sentir frío o calor. 2. Se arruga la piel. 3. Baja la sudoración.

Sistema Musculo Esquelético	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de calcio en los huesos. 2. Pérdida de movilidad en las articulaciones. 3. Aumento de riesgos frente a enfermedades articulares.
Aparato Respiratorio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presenta respiraciones agitadas. 2. Pérdida de fuerza al toser.
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Enduramiento de corazón y arterias.



Dependencia del adulto mayor: Una persona presenta dependencia cuando pierde autonomía, necesitando de otras personas para realizar actividades básicas en la vida como: bañarse, alimentarse y movilizarse. Son varios los factores que pueden generar dependencia, jugando un papel importante el medio de desarrollo y las personas que lo rodean.

Grado de dependencia		Color
Dependencia Moderada: Grado I		
Dependencia Severa: Grado II		
Gran Dependencia: Grado III		
Grado de dependencia	¿Qué se debe hacer?	Actividades que requiere ayuda
Grado I	Necesita ayuda para realizar actividades por lo menos una vez al día. Ayuda en movilización. Vestirse o amarrarse los zapatos. Aseo personal.	
Grado II	Los adultos mayores requieren de dos o tres actividades en el día, sin embargo no necesita de apoyo permanente	
Grado III	Necesita la presencia de una persona permanentemente, para realizar actividades básicas durante el día	

PARTE 2: COMUNICACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR



Un elemento clave en la relación con los adultos mayores constituye la comunicación. Sin este componente es imposible expresarle nuestra ayuda, además es un indicador para conocer el grado de satisfacción, sobre los cuidados recibidos y el estado de ánimo.



Indicaciones para mantener una buena comunicación:


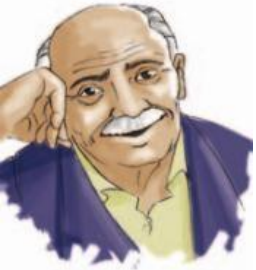


1. Comuníquese con los adultos mayores por su propio nombre. Evite llamarlo como “Abuelito, viejito o viejita o papito”. A los adultos mayores les desagrada este trato por más expresiones de cariño que le parezca a usted.
2. No culpe y critique, la dependencia, el mal genio o su comportamiento. Trate de comprenderlo y póngase en su rol.

3. Háblele de forma clara y despacio, no es necesario gritarle. Considere que ellos no escuchan con claridad y hacen un esfuerzo para entender.
4. Cuando vaya hablarle mírelo directamente hacia la cara, esto hará que demuestre interés y que le agrade la conversación.
5. Mantenga una postura relajada y mire de frente a la persona esto indicará que está en disponibilidad de escucharlo.
6. La actitud facial y corporal transmitirán un mensaje adecuado y debe concordar con el contexto de la comunicación.
7. Demuestre predisposición para atenderlo.

Identificar las emociones en el adulto mayor

Rasgos faciales	Estados emocionales frecuentes	Acciones que las determinan
	Su rostro expresará enojo, fruncirá su seño.	Cuando siente inconformidad y desagrado.
	Cuando una respuesta sea de baja intensidad y una mirada fija hacia la nada. Expresará tristeza.	Esto generalmente cuando pierda algo muy valorado

	<p>Su rostro reflejará ojos abiertos e inquietud, en muchas ocasiones tendrá piel fría y su corazón late rápidamente.</p>	<p>Debido a resultados inciertos, incapacidad de enfrentarse a situaciones amenazantes.</p>
	<p>La alegría, mostrará su satisfacción, mejoría en el apetito e incremento de actividad.</p>	<p>Asociado a gratificaciones materiales o afectivas.</p>

La espiritualidad y el adulto mayor.

La espiritualidad es un componente de la parte física, emocional y social en la persona, por lo que es necesario fortalecerlo a través de prácticas diarias.

Lo que se recomienda hacer	Lo que no se recomienda
1. Es necesario sensibilizar las necesidades espirituales y comprender a los adultos mayores	Referirse la espiritualidad con la religión no ayudará a comprender la espiritualidad
2. Mantener una actitud respetuosa y sensibilidad por el momento de vida	No considerar las necesidades espirituales de las personas adultas.
3. Acordarse que los adultos mayores piensan generalmente en la muerte.	Miedo de hablar sobre la muerte. No ayudará a dar respuestas.
4. Asignarle tiempo y espacio para meditar sobre la alegría, soledad, dolor entre otros aspectos.	No tratar temas en los cuales no podrá dar respuestas adecuadas.

PARTE 3: LA FAMILIA



La familia como núcleo de la sociedad apoya a todos quienes la conforman, es así que satisfacen las necesidades económicas, mentales y prestan apoyo integral. El estar de cuidador o ser el responsable de una persona adulto mayor dependiente afecta significativamente el hábitat de quienes conforma su círculo cercano. La persona mayor se afecta en la autoestima y enfrenta cambios sociales, emocionales, laborales y espirituales. En este escenario la familia debe intentar sostener su capacidad funcional y lograr una vida cómoda y afectiva.

De los resultados encontrados en la PJMC las personas que se encuentran al cuidado son generalmente esposa o hijas, sacrificando en varias ocasiones sus actividades diarias generando agotamiento y estrés.



Se ha determinado que las familias que presentan problemas en la adaptación de nuevas condiciones de la situación familiar tienen dificultades a responder en las enfermedades de los mayores.

La desorganización familiar se percibe en todos los ámbitos, por lo que es una crisis familiar, en donde se requerirá de recursos económicos para solventar los requerimientos como transporte, medicamentos y alimentación. Al carecer de recursos y una concientización puede conducir a buscar otras alternativas como la institucionalización en la que terceras personas se harán responsables de los cuidados, otra de las alternativas y muy penosa es el abandono por su propia familia, generando dependencia grave, maltratos físicos, psicológicos y pérdida total de autonomía.



PARTE 4: DEPRESIÓN

Cuando el ánimo o humor del adulto mayor se encuentre bajo se define como depresión



Una persona mayor en estado deprimido manifiesta decaimiento, poco o excesivo apetito, pérdida de sueño, sentimiento de culpa e ideas de muerte. Al caracterizar estas particularidades es necesario buscar el tratamiento adecuado.

¿Cómo prevenir depresión?

5. Incentive a familiares y amigos a visitarlo. Es recomendable que las visitas sean programadas en los días que la persona se encuentre en buen estado.
6. Tratar de generar actividades sociales para evitar la depresión. Si sospecha de la problemática es necesario hablar con familiares y personal médico.
7. Permanentemente es necesario de brindar afecto, apoyo emocional y comprensión en inquietudes y temores.

¿Estrategias de ayuda a la persona mayor deprimida?

1. Convencer que solo los medicamentos y psicoterapia le ayudará al alivio del problema.
2. Establecer comunicación permanente, para una concientización permanente de no dejar el tratamiento ya que puede comprender desde semanas en algunos meses.
3. Mantenerse alerta a manifestaciones de suicidio
4. Fomentar siempre frases positivas como. “Queremos ayudarle a sentirse bien”
5. No se debe reprochar su estado de ánimo y aún más enojarse por su comportamiento. Se debe recordar que él está enfermo.

PARTE 5: LOS ADULTOS MAYORES SUJETOS DE DERECHOS

El adulto mayor hace conciencia de la condición presente por lo que asume como primordial de una serie de derechos, los mismos están garantizados jurídicamente, por lo que tiene la potestad de demandar su cumplimiento, el conocer la ley garantiza y permite a las personas mayores, familiares o cuidadores concientizar su condición y el procedimiento de actuar.

- Constitución de la República del Ecuador reforma 2008.
- Ley del Adulto Mayor.
- Deberes y derechos del adulto mayor.

Artículos de la Constitución ecuatoriana 2008.

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

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social u económico y protección contra la violencia. Se consideran personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los setenta y cinco años.

Art. 37.- El estado garantizará a las personas adultas mayores los derechos a la atención gratuita de salud especializada, a un trabajo remunerado, a la jubilación universal además en la parte económica del régimen tributario se exoneran los pagos por costos notariales y registrales.

Art. 38 el estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales.

En particular el Estado tomará medidas de:

- a. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Protegiéndole de la explotación laboral y económica.
- b. Mediante la generación de políticas públicas que impliquen como eje el adulto mayor.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Derechos establecidos por los organismos internacionales de los adultos mayores:

La ONU, establece que los adultos mayores tienen derechos a vivir con dignidad, independencia y cuidado. Y que la sociedad es responsable de los siguientes ítems:

6. Garantizar la permanencia activa y capaz de los ancianos.
7. Independencia física y mental de las personas mayores.
8. Preparación de planes y programas para la vejez.
9. Participación en la vida cívica de la sociedad.

Conclusiones de la guía

Mediante la elaboración de la Guía de depresión en adultos mayores a través de un diagnóstico de los factores psicosociales asociados a la problemática, se contribuye al mejoramiento de la atención de enfermería en la población de la Parroquia Julio Moreno Central y la participación de las autoridades del Centro Salud y el GAD-Parroquial.

Recomendaciones de la guía:

Para la aplicación correcta del material presentado es necesario la participación de todos los actores involucrados y el compromiso de los familiares directos o responsables del cuidado del adulto mayor, con el fin de prevenir la depresión en grados que afecten a los pobladores.

ANEXO 4: RECURSOS Y PRESUPUESTOS

RECURSOS HUMANOS	
INSTITUCIONES	Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud Julio Moreno, Universidad Estatal DE Bolívar
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR	Lcda. Morayma Remache
	Katherine Veloz
	Flor Espín
JULIO MORENO	Presidente Junta Parroquial

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

PRESUPUESTO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
MATERIALES		
Copias de libros consultados	3	30,00
Uso de internet	500Megas	50,00
Anillados y empastado	3	70,00
Computadora Laptop	1	715,00
Movilización	Pasajes a la UEB Y Julio Moreno	200,00
Imprevistos (5%)		53,25
TOTAL		1.118,25

ANEXO 5: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Centro de Salud Julio Moreno



Ejecución de encuestas a los adultos mayores de la Parroquia Julio Moreno





Entrega de la guía a la Directora del Centro de Salud Julio Moreno



Socialización de la guía a los adultos mayores en la parroquia de Julio Moreno



Tutorías del proyecto de Titulación

