

**UNIVERSIDAD “LAICA ELOY” ALFARO DE MANABÍ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

***“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN  
MANTA, EN EL AÑO 2013”***

**Informe final del trabajo de titulación previo a la obtención del título  
de: Psicólogo, mención Clínica**

**AUTORES**

**Ruth Leonor Bergmann Zambrano  
Edison Vicente Macías Miele**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Juan Ramón Morán Mg. Dc.**

**MANTA - 2013**

## CERTIFICADO DE APROBACIÓN DE INFORME DE TESIS

En mi calidad de Tutor de la Tesis de Pre Grado, designado por la Escuela de Psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

### **CERTIFICO:**

Que el presente trabajo de investigación y el respectivo informe de tesis, ha sido revisado, analizado, monitoreado y evaluado, mismo que corresponde a **MACÍAS MIELES EDISON VICENTE y BERGMANN ZAMBRANO RUTH LEONOR** el cual reúne las exigencias mandada por la unidad académica, como requisito previo para optar por el grado de Psicólogos con mención en Clínica, cuyo Tema es:

***“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN MANTA, EN EL AÑO 2013”***

Considero aprobado en su totalidad.

Manta, 27 de mayo de 2013

---

**Dr. Juan Ramón Morán. Mg. Dc.**

## DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Edison Vicente Macías Mieles con C.I. 130492244-4 y Ruth Leonor Bergmann Zambrano con C.I. 130596091-4 autores de la investigación, libre y voluntariamente declaramos que el presente trabajo de investigación **“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN MANTA, EN EL AÑO 2013”** es original y de nuestra autoría, que ha sido realizado con absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Catedrático Dr. Juan Ramón Morán como Director de Tesis.

Manta, 27 de mayo de 2013

### **Los Autores**

Edison Vicente Macías Mieles  
130492244-4

Ruth Leonor Bergmann Zambrano  
130596091-4

## AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Edison Vicente Macías Mieles con y Ruth Leonor Bergmann Zambrano en calidad de autores del trabajo de investigación realizado sobre ***“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN MANTA, EN EL AÑO 2013”***, por la presente autorizamos a la UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ hacer uso de todos los contenidos que se presentan en esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Como autores de esta tesis cedemos todos los derechos de autoría a la Universidad antes mencionada.

Manta, 27 de mayo de 2013

### **Los Autores**

Edison Vicente Macías Mieles  
130492244-4

Ruth Leonor Bergmann Zambrano  
130596091-4

## APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tesis de grado.

***“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN MANTA, EN EL AÑO 2013”***

Sometido a consideración de las autoridades de la Facultad de Trabajo Social y la Escuela de Psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, como requisito para la obtención del título de Psicología Clínica.

**APROBADO.**

-----  
**Mgs. Olga Vélez de Mendoza**  
Decana Facultad de Trabajo Social

-----  
**Dr. Oswaldo Zambrano Quinde**  
Director Escuela de Psicología

-----  
**Dr. Juan Ramón Morán. Mg. Dc.**  
Director de Tesis

-----  
**Miembro del Jurado**

-----  
**Miembro del Jurado**

-----  
**Miembro del Jurado**

-----  
**Lcda. Adriana Pico Alonso**  
Secretaria de Escuela de Psicología.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios, por guiarnos y darnos fortaleza para seguir adelante y no desfallecer en este camino tan largo que hemos recorrido.

A nuestras familias, que con su apoyo incondicional nos ayudaron a vencer los obstáculos que se nos presentaron.

A las personas e instituciones que de una u otra manera colaboraron en la culminación de nuestra tesis.

A la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí y por su intermedio a la Facultad de Trabajo Social y la Escuela de Psicología, que nos abrió las puertas para lograr las metas que nos hemos propuesto, brindándonos la oportunidad de servir a la sociedad como personas y a futuro como profesionales.

Al Dr. Juan Ramón Morán, por su constante apoyo y su colaboración como Director de Tesis.

A la vez hacemos extensivo nuestro agradecimiento a todas las personas, catedráticos y amigos que nos incentivaron para lograr nuestros objetivos.

**Los Autores**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

## PÁGINAS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
PÁGINA DE DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD.....	iii
PÁGINA DE AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vii
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPÍTULO I.

#### EL PROBLEMA

1.- TEMA.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN.....	4
1.2.1. a.- Macrocontextos.....	4
1.2.1. b.- Mesocontextos.....	5
1.2.1. c.- Microcontextos.....	6
1.2.1. d.- Análisis crítico.....	8
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2.4.- DELIMITACIÓN.....	10
1.2.4. a.- Delimitación de contenido.....	10
1.2.4. b.- Delimitación espacial.....	10
1.2.4. c.- Delimitación temporal.....	10
1.3.- OBJETIVOS.....	11
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	11
1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.4.- JUSTIFICACIÓN.....	11

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	15
2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	40
2.4.- HIPÓTESIS.....	42
2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	42
2.5.1.- Variable Independiente.....	42
2.5.2.- Variable dependiente.....	42

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA**

3.1.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1.1.- MÉTODOS.....	43
3.1.2.- TÉCNICAS.....	44
3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO.....	44
3.2.1.- POBLACIÓN.....	44
3.2.2.- MUESTRA.....	44
3.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	44
3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	45
3.3. a.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	45
3.3. b.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	46
3.4.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
3.5.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	47

**CAPÍTULO IV**

4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	48
--	----

**CAPÍTULO V**

5.1.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	70
5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS.....	71



## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1.- CONCLUSIONES.....	73
6.2.- RECOMENDACIONES.....	74

## **CAPÍTULO VII**

### **PROPUESTA**

7.1.- DATOS INFORMATIVOS.....	75
7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	76
7.3.- OBJETIVOS.....	77
7.4.- JUSTIFICACIÓN.....	77
7.5.- FUNDAMENTACIÓN.....	78
7.6.- PLAN DE ACCIÓN.....	79
7.7.- ADMINISTRACIÓN.....	81
7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	81

## **CAPÍTULO VIII**

8.1.- BIBLIOGRAFIA.....	82
8.2.- ANEXOS.....	84

## RESUMEN

Se realizó un estudio bibliográfico, descriptivo, analítico y de campo a 21 pacientes adultos mayores que acuden al Centro Geriátrico del Patronato Municipal del cantón Manta con el objetivo de conocer los tipos de episodios depresivos existentes, tendientes a disminuir el riesgo de suicidio en ellos. Se efectuó por medio de entrevistas, encuestas y la aplicación de la escala geriátrico de depresión de Yesavage. Se determinó las características biopsicosociales, y la prevalencia de los episodios depresivos en la población de estudio. Se concluye que los pacientes adultos mayores que asisten al Centro Geriátrico son de ambos sexos, con promedio de 77 años de edad, en su mayoría viudos y jubilados, que llegan al centro solos, con carencia de afecto y con alguna enfermedad médica. La prevalencia de depresión en esta población es de 52% leve y 19 % severa. La presencia del episodio depresivo leve estuvo asociada con las mujeres y la severa con los adultos mayores hombres.

**PALABRAS CLAVES:** Depresión, riesgo suicida, Adulto Mayor, Centro Geriátrico.

## **SUMMARY**

A study was conducted bibliographic, descriptive, analytical, and field to 21 elderly patients attending Geriatric Center to Municipal Patronage of Manta city, blanket with the aim to know the types of existing depressive episodes, aimed at reducing the risk of suicide in them. Was undertaken through interviews, surveys and the application of the geriatric depression scale of Yesavage. Was determined biopsychosocial characteristics and prevalence of depressive episodes in the study population. Is concluded that elderly patients attending Geriatric Center are of both sexes, averaging 77 year of age mostly widows and retirees who come to the center alone with lack of affectation and medical illness. Depression prevalence in this population is 52% mild and 19% severe. The presence of mild depressive episode was associated with women and men with severe.

**KEY WORDS:** Depression, Suicide risk, Elderly, Geriatric Center.

## INTRODUCCIÓN

La constitución estipula que el Estado Ecuatoriano como ente principal, garantizara a las personas de la tercera edad el derecho a una asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, entre estos, el derecho de una adecuada asistencia psicológica que garantice su estabilidad física y mental, hallándose inmersos en esta problemática tanto el “Estado, la Familia y la Sociedad”<sup>1</sup>.

La presente investigación estará enfocada sobre la depresión en pacientes adultos mayores, patología clínica que se caracteriza por recurrencia y remisión de síntomas, por lo que en pacientes geriátricos menoscaban el funcionamiento social, deterioran en gran medida la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan el riesgo de muerte. Guarda relación con ciertos factores biológicos y psicosociales.

Este trastorno afectivo se está convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta. Este padecimiento tiene y tendrá un peso cada vez mayor debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en nuestro país.

Este proyecto de tesis estará estructurado de ocho capítulos, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

Capítulo I, contemplará el problema, el planteamiento del problema, la formulación del problema con sus interrogantes; la delimitación y campo de acción de la investigación y finalizará con el planteamiento de los objetivos y la justificación de los mismos.

El capítulo II presentará el marco teórico, donde se exponen los antecedentes investigativos, la fundamentación teórica y el marco legal, que serán sustento científico y jurídico indispensable para defender la investigación. Se confirmará la hipótesis y se identificarán plenamente las variables.

---

<sup>1</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2010. Adultos Mayores. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.

El capítulo III, detallará la metodología utilizada, la modalidad básica de la investigación, el nivel de investigación aplicada, la determinación de la población, la muestra objeto de estudio, la operacionalización de las variables para determinar los métodos, y las técnicas e instrumentos para realizar la investigación.

El capítulo IV, se basará en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, concluyéndose con la comprobación estadística de la hipótesis.

El capítulo V, tomará como punto central la comprobación de la hipótesis, y logros de los objetivos.

En el capítulo VI, se presentarán las conclusiones y recomendaciones que se sugieren al Centro Geriátrico del Patronato Municipal.

Capítulo VII, se expondrá la propuesta, misma que se elaborará en base de los resultados de la investigación.

Capítulo VIII, bibliografía y anexos.

En concordancia a lo que indica la Constitución Política del Ecuador, la Ley del Anciano y el Plan Nacional de Desarrollo y del Buen Vivir, y siendo conocedores de la dura realidad a la que están expuestos los adultos mayores en la sociedad actual, y, porque en la actualidad existen escasez de investigaciones psicogeríatras en el País y en especial en la Ciudad de Manta, se realiza esta investigación en el Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta con la finalidad de identificar aquellos factores desencadenantes que puedan incidir en la aparición de los diferentes tipos de depresión en la población de adultos mayores del centro antes mencionado, y que podrían llevar a un eventual escenario de riesgo de suicidio. Además se buscará promocionar la salud mental y del buen vivir tal y como está estipulado en la Constitución y las Leyes.

**CAPÍTULO I.  
EL PROBLEMA**

**1.- TEMA.**

***“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN  
MANTA, EN EL AÑO 2013”***

## **1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN**

#### **1.2.1. a.- Macrocontextos**

Según estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaba con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Para la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad frecuente que afecta a unos 350 millones de personas en todo el mundo.<sup>2</sup>

El futuro impacto sociosanitario que la OMS establece para los próximos 15 años es muy preocupante, pues la depresión será, tras las enfermedades coronarias, la segunda causa de discapacidad. En la actualidad, en población general se producen entre 500 y 1000 casos de depresión por cada 100.000 habitantes al año. Se estima que un 17% de la población presenta un cuadro depresivo en algún momento de su vida. Calculándose que hasta un 30% de los mayores de 65 años sufre alguna de las diversas formas de depresión.<sup>3</sup>

Según la Dra. Carmen Tinajero (2010), “la presencia de depresiones leves o depresiones subclínicas se calcula en un 15-20% de las personas mayores. Indica que se ha observado que la depresión severa es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven, y que afectaría al 1-2% de los mayores de 65 años y supondría una cuarta parte de todas las depresiones severas”.<sup>4</sup>

La depresión en el peor de los casos podría llevar al suicidio. Problema que según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010.

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> Dra. Carmen Tinajero. Psicología y psicodiagnóstico. Depresión en el adulto mayor. (2010).

costos económicos cifrados en miles de millones de dólares.<sup>5</sup> Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Por lo que es necesario adoptar con urgencia de manera global medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.

Estudios epidemiológicos de la OMS indican que el porcentaje de suicidio en adultos mayores a nivel mundial tiene un incremento progresivo. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes. Estas tendencias se repiten en diferentes países, lo que cambia entre ellos es únicamente las tasas más o menos altas de suicidio.

#### **1.2.1. b.- Mesocontextos**

Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y el Caribe los episodios depresivos lo sufren el 5% de la población adulta, y aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que los padecen no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan. La proporción de personas enfermas que no reciben atención alcanza entre el 60 y el 65%.<sup>6</sup>

En el Perú 20 de cada 100 peruanos sufre de depresión, casi un 60% de esas personas no obtiene la ayuda que necesita, y tienen 30 veces más probabilidades de atentar contra su vida.<sup>7</sup>

Estudios sugieren que en Colombia, el 10.3% del grupo de hombres tiene depresión leve, un 3.4% moderada, y 0.6% depresión severa, cifras menores a lo observado en el grupo de las mujeres, donde el 14.7% presenta depresión leve, el 5.3% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Estos resultados sugieren que las mujeres tienden a

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS).

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. (OPS) 2012.

<sup>7</sup> Diario El Comercio (2011). Psicólogos Perú. Suplemento Mi Hogar, 24 de julio.



deprimirse más que los hombres y que esta tendencia es independiente de la severidad con que se presente la depresión.<sup>8</sup>

En América Latina la enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión (entre un 10 y un 15%), alrededor de 63.000 al año. “En términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos implica importantes costos para las familias y para los Estados”<sup>9</sup>

Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. El porcentaje del presupuesto sanitario destinado a salud mental en la región es inferior al 2% y de este, el 67% se gasta en los hospitales psiquiátricos. El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental<sup>10</sup>.

### **1.2.1. c.- Microcontextos**

En el Ecuador, según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2010, existe una población de 14'483.499 habitantes de los cuales 940.905 son personas mayores de 65 años, de los cuales el 52,6% son mujeres y el 47,4% hombres, que representan el 6,50% del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema, por lo que están expuestos al abandono de sus familiares, al maltrato por parte de la sociedad, y a sufrir enfermedades orgánicas crónicas, que los convierte en potenciales pacientes depresivos con riesgo de suicidio.

Las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay totalizan el 55,4% de la población adulta mayor nacional. Asimismo, la provincia de Tungurahua presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional (29,8%), lo que indica que existen aproximadamente 30 adultos

---

<sup>8</sup> Revista Colombiana de Psicología (2004). pág. 18

<sup>9</sup> Jorge Rodríguez.(2012). Asesor Principal en Salud Mental. OPS/OMS.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. (OPS) 2012.

mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad. El índice de envejecimiento de la provincia de Francisco de Orellana es de 7,9%. Es el de menor valor a nivel nacional.

En los últimos años en el Ecuador se ha puesto de manifiesto un notable interés sobre las patologías propias del envejecimiento y las patologías que se van asociando a la senectud.

La depresión es, con toda seguridad, uno de los trastornos más frecuentes del envejecimiento. El porcentaje aumenta de un 5 por ciento en los jóvenes a un 30 por ciento en las personas mayores de 65 años.

El psicólogo de la Policía Judicial, Silvio Fonseca, sostiene que la depresión está muy ligada a los actos suicidas. Cifras de la Dirección Nacional de la Policía Judicial (DNPJ) reflejan que a nivel nacional entre enero y octubre del 2010 se registró el suicidio de 611 personas, 40 muertes más (571) que en el mismo periodo, pero en el 2009.<sup>11</sup>

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestra que los suicidios van en aumento, cita por ejemplo que en 1995 la tasa de suicidios era de 4,8 en un total de 100 mil personas, mientras que en el 2007 fue de 6,4. La provincia con mayores casos es Azuay. En el 2008 la Cruz Roja reportó cerca de 400 llamadas de auxilio por esa causa.<sup>12</sup>

En Guayaquil de enero a abril del 2010 se reportaron 29 personas que murieron por suicidio, el 70% fue por ahorcamiento. Estudios sostienen que el número de suicidios está relacionado con el aumento poblacional, es decir, los suicidios han aumentado porque la población también lo ha hecho, y que las épocas más conflictivas en el tema de suicidios son la adolescencia y la edad adulta de la jubilación.

En cuanto a los adultos mayores, Fonseca aclara que las épocas festivas, especialmente la Navidad, son las más proclives para terminar con su vida.

Estudios realizados por la OMS, indican que “en Ecuador existe actualmente escasez de personal y de investigaciones de carácter

---

<sup>11</sup> Diario el Universo 27 de feb. 2011. Artículo: “Un promedio de dos personas se suicidan al día en Ecuador”. Dirección Nacional de la Policía Judicial (DNPJ)

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2010).

geriátrico-gerontológicas”.<sup>13</sup> Aun así, Manta cuenta con un espacio que es administrado por el Patronato Municipal, mismo que brinda acogida a la comunidad adulta mayor, ofreciéndoles asistencias médicas, alimentación y Salud Mental.

#### **1.2.1. d.- Análisis crítico**

Mediante trabajo realizado en las pasantías pre-profesionales aplicadas entre los meses de diciembre del 2011 y enero del 2012 a cinco pacientes del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, se logró según los datos recabados mediante la evaluación por entrevistas, y por la aplicación del test para la depresión de Beck, llegar al pre-diagnóstico de que en “algunos de los pacientes adultos mayores del centro por su condición física, mental y emocional tienen ideas de suicidio causadas por síntomas depresivos”.<sup>14</sup>

Síntomas que se podrían dar como resultado de haber llegado a una época de la vida, donde se presentan mayores números de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia, y en la sociedad), las cuales antes de su aparición constituían para ellos fuente de gratificación. El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no solo para las investigaciones psico geriátricas, prácticas biomédicas, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada. Poblaciones que estarían expuestas a los diferentes factores biopsicosociales negativos que los pueden llevar a

---

<sup>13</sup> Plan Nacional de Desarrollo. Ecuador. 2007 – 2010. Adultos Mayores.

<sup>14</sup> Autores del proyecto.

sufrir sintomatologías que se dan dentro del síndrome depresivo. Mismos que deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran medida la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas, incluyendo el suicidio.

Por lo que se deberían implementar las debidas políticas, Pues la muerte por suicidio es una pérdida de talento, experiencia y recursos que ninguna sociedad civilizada debe aceptar, y sin pasar por alto el dolor que experimentan los familiares.

### **1.2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES**

¿El desarrollo Psicosocial y emocional de los adultos mayores se ve afectado debido a los episodios depresivos?

¿El estado afectivo en los pacientes geriátricos se determina por las condiciones en que se da la interacción familiar?

¿Los factores biopsicosociales inciden en la aparición de síntomas depresivos en los pacientes del Centro Geriátrico?

¿Los desencadenantes de una depresión podrían llevar o inducir al paciente geriátrico a un posible acto suicida?

¿Si los adultos mayores se involucran en un programa de tratamiento psicológico se reducirían los episodios depresivos y el riesgo de suicidio?

### **1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Algunos de los pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta por sus sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza, tienen ideas suicidas causadas por síntomas depresivos.

### **1.2.4.- DELIMITACIÓN**

#### **1.2.4. a.- Delimitación de contenido**

**-Línea de investigación:** Salud Mental en los sectores: Familiar, educativo, laboral y social.

**-Programa:** La Salud Mental y su incidencia en el comportamiento humano.

**-Proyecto:** Programa de Prevención para la depresión.

**CAMPO:** Salud Mental.

**ÁREA:** Psicopatología.

**ASPECTO:** Académico.

**TEMA:** “Depresión y riesgo suicida, en Adultos Mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal del Cantón Manta, en el año 2013”

#### **PROBLEMA:**

Algunos de los pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta por sus sentimientos de tristeza, vacío y desesperanza, tienen ideas suicidas causadas por síntomas depresivos.

#### **1.2.4. b.- Delimitación espacial**

El trabajo se realizó en el Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, mismo que se encuentra ubicado en la avenida de la Cultura entre el Colegio Nacional 5 de Junio y el Hospital del IESS de Manta.

#### **1.2.4. c.- Delimitación temporal**

Año 2013

### **1.3.- OBJETIVOS**

#### **1.3.1.- OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que desencadenan tipos de depresión en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, tendiente a disminuir el riesgo de suicidio.

#### **1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los factores que influyen en la aparición de episodios depresivos en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico, para determinar las incidencias de estos en los pacientes.
2. Conocer cuáles son los tipos de depresión que se presentan en los adultos mayores del Centro Geriátrico.
3. Determinar si en los adultos mayores hay riesgo suicida y cuáles son los signos y síntomas.
4. Proponer un programa de prevención que este orientado a reducir los síntomas depresivos en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico, con el objetivo de disminuir el riesgo de suicidio.

#### **1.4.- JUSTIFICACIÓN**

La depresión es a la psicopatología lo que el catarro a la medicina; afecta a todos, pero cuando se es Adulto Mayor afecta en mayor medida.

“Unas de las cosas que siempre se deberían preguntar las personas es, ¿por qué al arribar a la adultez mayor se es más sensible y más frágil que en años anteriores? La sociedad se ha encargado de prejuiciar a las personas que pasan a la etapa de la senectud, prejuicio que los condena a mantenerse aislado de los demás, por lo que se los obliga a refugiarse en centros de atención geriátricos donde en muchos casos están expuestos a maltrato y discriminaciones que los hace pensar que son cargas, no queriendo saber más del mundo que los rodea, llegando a sumergirse en un estado depresivo que si no es evaluado, diagnosticado y tratado a tiempo los convierten en candidatos potenciales para la consumación de suicidio”.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Autores del proyecto

Aunque todos los estudios epidemiológicos coinciden en que el Adulto Mayor tendría la tasa más elevada de suicidio, son pocos los trabajos de investigación dedicados a esta temática.

En contraparte a esta situación, los trabajos que se han realizado para investigar el suicidio de jóvenes y adolescentes son mucho mayores. Será porque cuando un joven consuma el suicidio representa un hecho dramático que provoca gran impacto familiar y social, contrario a la consumación del suicidio en un anciano donde la familia y la sociedad suele asumirlo como algo existencialmente justificado, atribuyéndolo a una decisión libre, racional o existencial, consecuencia lógica de la edad, la soledad y el hastío de vivir.

Estos son prejuicios que deberían ser desterrados definitivamente, no solo porque el suicidio del Adulto Mayor es, en muchas ocasiones, tan o más evitable que el de los jóvenes, sino además porque el dramático acto de matarse a sí mismo es prematuro a cualquier edad.

Por tal motivo con este proyecto de investigación se buscará identificar aquellos factores que inciden en esta problemática, para así fortalecer la prevención de estas psicopatologías y promocionar una mejor calidad de vida en el Adulto Mayor. Calidad de vida que está estipulada en la Constitución de la República y en El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir en sus artículos correspondientes.

Además se planteará una propuesta que consistirá en elaborar un programa de prevención y/o tratamiento que este orientado a reducir los signos y síntomas depresivos en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, y así disminuir el riesgo de suicidio. Siendo los beneficiarios la población de adultos mayores del Centro Geriátrico, las cuidadoras del centro, los familiares del Adulto Mayor, la Escuela de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, y la comunidad en general.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

El envejecimiento es universal e inevitable. Es, algo que le sucede a todos los sistemas corporales, incluso bajo óptimas circunstancias genéticas y ambientales. Muchos de los efectos del envejecimiento no se hacen notorios hasta el final de la edad adulta, pues la mayoría de las personas no tienen problemas importantes de salud o interrupciones en la vida diaria debido al envejecimiento hasta bien entrados los 65 a 70 años de edad.

Fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia, determinan que en las personas adultas mayores se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad, que asociados a factores predisponentes como los biológicos y psicológicos facilitan el desarrollo de una enfermedad depresiva. Alteración mental que ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades que aquejan a los adultos mayores.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono.

Todos los seres humanos tenemos alguna vez en la vida experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal, sufrimos pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de nuestras vidas, pero si estos



sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos sufrir de depresión. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

Las personas que han tenido un episodio de depresión grave ven la experiencia como algo que afectó todas sus percepciones. El escritor William Styron, quien padeció una severa depresión, escribió: *“Misteriosamente y de maneras totalmente ajenas a la experiencia natural, la horrible llovizna gris inducida por la depresión adquiere la calidad del dolor físico.”*<sup>16</sup>

El célebre primer ministro británico, Winston Churchill, quien también padeció esta patología, se refería a ésta como su “perro negro”. Manifestaba que su depresión lo seguía a todas partes: *“Si caminas, te sigue; si te despiertas, se despierta contigo, nunca te deja.”*<sup>17</sup>

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

Este sentimiento de abandono, la sensación de vacío, la desesperación ante el desmoronamiento orgánico y la autopercepción de ser una persona inútil y sin proyectos, genera lo que algunos sociólogos han dado en llamar “vergüenza social”. Esto conlleva a que la importancia de los factores biopsicosociales en la depresión y el suicidio en el adulto mayor sea considerablemente más determinante que en los sujetos de menor edad.

---

<sup>16</sup> Depresión en El Adulto Mayor Estudio en México. Escritor William Styron.

<sup>17</sup> Winston Churchill 1874-1965. Primer ministro del Reino Unido

William Blake decía: "la vejez debe ser una manera digna de llegar al palacio de la sabiduría por el camino de la experiencia."<sup>18</sup> La dramática vigencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales, aleja al Adulto Mayor de esta poética definición y lo enfrentan con la culpa, la incertidumbre y la vergüenza, sintiendo a veces que sólo se redime con la muerte.

## **2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **LA DEPRESIÓN**

Como se sabe la depresión no es un tema actual sino es un tema de toda la vida, y que en tiempos antiguos se creía que podría ser curada con el simple hecho de tomar un jugo de hierbas o se pensaba que por los síntomas que evidenciaba esa persona, como falta de energía, cansancio, etc. Se trataba de una persona floja y por consecuente no quería realizar alguna actividad.

En el siglo IV a.C. Hipócrates comenzó a analizar este "estado de ánimo pasajero" y concluyó que era una enfermedad que provenía de uno de los cuatro humores corporales (bilis negra) y fue a partir de entonces que se le comenzó a dar más importancia a este trastorno.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (131-201) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y que presenta síntomas como temerosidad, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida entre otros.

Santo Tomas sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales e incluso que era a causa del pecado de pereza.

En el año de 1725 el británico Sir Richard Blackmore rebautiza esta enfermedad psíquica con el término actual de depresión.

---

<sup>18</sup> William Blake poeta británico. Factores de riesgo suicida en el anciano. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, Nº 2, octubre de 1999, págs. 103 a 112.

Todas las descripciones que se hicieron fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que atacaba a cualquier persona. La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o límite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.

### **Depresión: Concepto**

La depresión es una enfermedad mental común caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Es la más frecuente de todas las alteraciones mentales, y afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social.<sup>19</sup>

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años; sin embargo la mayoría de las personas que sufren de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

Como síntoma constituye un conjunto de emociones disfóricas observadas. El término disfórico es de origen griego y significa malestar; hace referencia a un estado de ánimo displacentero en el que aparecen entremezclados síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad.<sup>20</sup>

Hay una serie de acontecimientos vitales que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, se prolongan en el tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un período dado, la afección se denomina *depresión*: “Un estado de ánimo

---

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud. 2012.

<sup>20</sup> Farre J, Laceras P, Casa J. Enciclopedia de Psicología Tomo 4: Diccionario de Psicología. Barcelona: Océano; 2003.

que se caracteriza por la profunda y desproporcionada tristeza que sufre el individuo sin que esta se encuentre justificada”.

Según el manual de los trastornos mentales y del comportamiento de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud, los episodios depresivos, así como la depresión recurrente y la persistente (Distimia y ciclotimia), se encuentran endosados en los trastornos del humor (Afectivos).

Los episodios depresivos dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

### **Características de los episodios depresivos (F32)**

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, **leve, moderada o grave**, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos las siguientes características:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre

la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:

- a) Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- b) Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- c) Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- d) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- e) Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- f) Pérdida marcada de apetito.
- g) Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes).
- h) Pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de cuatro de las anteriores características estén definitivamente presentes.

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes.

El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la

gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

La presencia de demencia o de retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo tratable, aunque las dificultades de comunicación hacen probable que sea necesario confiar más de lo habitual para hacer el diagnóstico, en los síntomas somáticos objetivos observados como la inhibición psicomotriz, la pérdida de apetito y de peso y los trastornos del sueño.

### **F32.0 Episodio depresivo leve**

#### **Pautas para el diagnóstico**

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

#### **F32.00 sin síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.

#### **F32.01 con síntomas somáticos**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

## **F32.1 Episodio depresivo moderado**

### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

### **F32.10 sin síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes pocos ninguno de los síntomas somáticos.

### **F32.11 con síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos ó tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

## **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición

psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente (F33).

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas de F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta un estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

#### **Diagnóstico diferencial**

El estupor depresivo hay que diferenciarlo de la esquizofrenia catatónica (F20.2), del estupor disociativo (F44.2) y de las formas orgánicas de estupor. Se debe utilizar esta categoría únicamente para los episodios aislados de depresión grave con síntomas psicóticos; para los episodios sucesivos se debe utilizar una de las subcategorías de trastorno depresivo recurrente (F33).

**F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE** Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que



pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración mediana de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa, un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos de utilizarse también esta categoría).

A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia del número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maníaco debe cambiarse el diagnóstico a trastorno bipolar.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo del episodio actual, y después (si se dispone de suficiente información), el tipo que predomina en todos los episodios.

### **Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico preciso deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0). Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados varios meses libres de alteración significativa del humor.

### **F34 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES**

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades.

En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares, han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

#### **F34.0 Ciclotimia**

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves.

Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un período prolongado

de observación o de un relato excepcionalmente bueno del comportamiento del enfermo en el pasado. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

El rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31) o un trastorno depresivo recurrente (F33). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30) o episodio depresivo (F32).

### **Diagnóstico diferencial**

Hay que tener en cuenta que este trastorno es frecuente entre los familiares de enfermos que padecen un trastorno bipolar (F31) y alguno de los enfermos con ciclotimia llega en ocasiones a presentar ese cuadro. Una ciclotimia puede persistir durante toda la edad adulta, desaparecer de manera temporal o permanente o evolucionar hacia alteraciones más graves del estado de ánimo, tales como un trastorno bipolar (F31) o un trastorno depresivo recurrente (F33).

### **F34.1 Distimia**

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las

fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

### **Pautas para el diagnóstico**

El rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida.

Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.<sup>21</sup>

## **BASES TEÓRICAS**

### **PERSPECTIVAS PSICOLÓGICAS**

Los factores psicológicos son muy importantes en la comprensión de los trastornos del humor o del estado de ánimo, y es evidente que juegan un papel crucial para entender las causas de la depresión.

#### **Teoría con base cognitiva conductual.**

**Los modelos cognoscitivos** proponen que los cambios graves del estado de ánimo pueden resultar de eventos en nuestras vidas o de nuestras percepciones de los eventos. Según la perspectiva cognoscitiva,

---

<sup>21</sup> CIE-10 (1999) 10ma revisión. OMS.

*“las personas desarrollan trastornos depresivos si han sido sensibilizadas, por experiencias tempranas, al reaccionar de cierta forma ante un tipo específico de pérdidas o eventos estresantes. Ante experiencias estresantes las personas deprimidas reaccionan activando un conjunto de pensamientos”* que Beck llamo la **triada cognoscitiva** (visión negativa de sí mismo del mundo y del futuro).<sup>22</sup>

Una de las primeras formulaciones **conductuales** de las teorías de la depresión fue *“que los síntomas de depresión son el resultado de la reducción de reforzamientos positivos”*.<sup>23</sup> Según esta perspectiva, las personas deprimidas se aíslan de la vida debido a que ya no tienen incentivos para estar activos.

- Otra posición conductual clásica mantiene que las habilidades sociales deficientes contribuyen a la depresión. *“Una persona con relaciones interpersonales pobres, pierde los reforzamientos proporcionados por la atención y el interés de las demás personas”*.<sup>24</sup> Como consecuencia, el individuo es propenso a deprimirse y a permanecer deprimido. Con el tiempo, la persona deprimida puede lograr cierta cantidad de ganancia secundaria, eludir responsabilidades, como compromisos de trabajo o familiares, puede ser reforzante para permanecer deprimido.

- según los modelos conductuales, *“Los eventos vitales estresantes son un tercer contribuyente de la depresión, ya que alteran la habilidad del individuo para llevar a cabo patrones de conducta importantes y relativamente automáticos”* (Hoberman y Lewinsohn, 1985). Estos patrones denominados “libretos”, incluyen las numerosas rutinas diarias en que la gente se involucra cada día, como vestirse en la mañana e ir a trabajar. Los cambios en los libretos, resultantes de muchos tipos diferentes de eventos vitales, provocan cambios en el estado de ánimo, que contribuyen a la depresión. El factor que determina si una persona se

---

<sup>22</sup> Beck (1967). Modelo Cognitivo. Psicología de la anormalidad. Trastorno depresivos. Cap. 8. Pág. 328.

<sup>23</sup> Lazarus, (1968); Skinner, (1953). Modelo conductual. Psicología de la anormalidad. Trastorno depresivos. Capítulo 8. Pág. 326

<sup>24</sup> Lewinsohn y Shaw (1969). Psicología de la anormalidad. Trastorno depresivos. Capítulo 8. Pág.326

deprimirá es la magnitud en que las circunstancias o eventos interfieren en sus libretos. A mayor interferencia, mayor perturbación.

- Una variante importante del modelo conductual de la depresión es el **MODELO DE DESESPERANZA APRENDIDA**; término acuñado por el psicólogo Martin Seligman; el cual propone “*que la gente deprimida ha aprendido a considerarse incapaz de generar efectos en su ambiente*”.<sup>25</sup>

En sus polémicos y perturbadores experimentos, Seligman y sus colaboradores estudiaron el condicionamiento del aprendizaje del miedo y del escape en perros. Colocaron un grupo de perros en una jaula de la que no podían escapar, y un aparato eléctrico los sometía a choques eléctricos. Una luz preventiva precedía la administración de cada choque. Después, los experimentadores colocaron a los perros en una cámara de donde podían escapar al choque saltando por una puerta, si lo hacían en el momento en que prendía la luz preventiva. Seligman había hipotetizado que los perros brincarían de inmediato por la puerta para escapar de las consecuencias dolorosas. Para su sorpresa, en lugar de escapar, los perros se acostaron “desesperanzados” hasta que el experimentador apagaba el choque. En contraste, los perros que no habían sido sujetos al choque sin escape realizaron la acción normal de saltar a través de la puerta, cuando aprendieron que esta ruta de escape estaba disponible.

Seligman y colaboradores estaban interesados en la aplicación del fenómeno de desesperanza aprendida en los seres humanos. Por supuesto, no podían presentar a los humanos el mismo tipo de estímulo que aplicaron a los animales. En su lugar condicionaron la desesperanza en humanos (estudiantes universitarios), presentándoles un ruido incontrolable, aplicado a través de audífonos. Cuando se les dio la oportunidad de apagar el ruido, el grupo condicionado a la desesperanza no pudo hacerlo, y escuchó de manera pasiva el ruido. Además de responder de esta forma ante un estímulo fisiológico, los humanos mostraron la misma respuesta ante una tarea cognoscitiva. Cuando

---

<sup>25</sup> Maier y Seligman (1976). Desesperanza aprendida. Psicología de la anormalidad. Cap. 8. Pág. 326

fueron confrontados con problemas cognoscitivos insolubles, como anagramas, los estudiantes universitarios dejaron de buscar las soluciones cuando se les presentaron nuevos problemas que podían ser resueltos. Tal vez hemos sentido esto cuando se ha tratado de resolver un examen muy difícil, y se conozca el sentimiento de “rendirse” porque no tiene caso seguirlo intentando.

¿Cuál es la relación con la depresión? Según Seligman; la apatía y la pasividad que muestra la gente deprimida, son síntomas conductuales de desesperanza aprendida. Las personas muestran estos síntomas como respuestas a experiencias previas en las que los hicieron sentir impotentes para controlar su destino. Casi tan pronto como Seligman propuso esta conexión, esta posición fue criticada como una traducción sobre amplificada de datos animales a problemas clínicos en humanos.

Una limitación importante de la explicación original de la depresión fue que no explicaba el hecho de que las personas deprimidas se culpan a sí misma por sus fracasos. Si se sienten impotentes para controlar el resultado de cuanto les sucede, ¿porqué se culpan a sí mismos?

Seligman y su grupo modificaron su teoría para tomar en cuenta este factor, y desarrollaron “la formulación revisada” de la teoría de la desesperanza aprendida, en la que toma en cuenta el papel de las atribuciones, es decir, las explicaciones que la gente le da a las cosas que suceden. Por ejemplo, si su equipo de audio es robado, usted podría atribuir esto al hecho de que olvidó cerrar la puerta al salir. En el modelo revisado de la desesperanza aprendida, la exposición a situaciones que inducen desesperanza como son los eventos vitales traumáticos o negativos, conduce a la persona deprimida a atribuir su impotencia a una falta de recursos personales. Ellos consideran que esta situación es irreversible y su impotencia se extiende a todos los aspectos de su vida. Dichas atribuciones son “internas, estables y globales”. En contraste, las personas que no se encuentran deprimidas atribuyen sus problemas a situaciones que están fuera de control (atribuciones externas), consideran

que sus problemas son temporales (y no estables) y piensan que son muy específicos a la situación (y no globales).

Continuando con el ejemplo del equipo de audio robado; una persona deprimida consideraría el robo como algo típico de su estupidez, por olvidar cerrar la puerta. Pensaría que el robo es parte de un patrón general de vida, y consideraría su descuido como algo que le causa sufrimiento en muchas situaciones. Una persona sin depresión atribuiría la culpa al incremento general del crimen en su ciudad, en lugar de verlo como culpa suya. Ella también consideraría que el robo es un incidente aislado en su vida, y pensaría que es atípico de las otras cosas que le suceden a ella. El tipo de atribuciones que hacen las personas deprimidas, según el trabajo más reciente sobre la teoría de desesperanza aprendida, dejan a estos individuos particularmente vulnerables a los sentimientos de desesperanza, cuando se confrontan con eventos vitales negativos. (Metalsky, Halberstadt y Abramson).

## TRATAMIENTO

### Tratamiento psicológico

Un tratamiento que ha dado resultados, especialmente como método Psicoterapéutico en ancianos con depresión es el de **La Revisión de Vida** de Bárbara Haight (1979).

En una adaptación de la entrevista sobre Revisión de Vida de Bárbara Haight (1979), esta ha sido llevada a cabo para crear un instrumento de trabajo para poder emplearse en terapia cognitiva con personas mayores depresivas o distímicas (Serrano, 2002). Aunque no por ello no pueda ser utilizado en personas adultas con otras patologías o en ausencia de ellas. Esta adaptación ha sido denominada *RVSEP* (Revisión de Vida sobre Sucesos Específicos Positivos).

Las terapias cognitivas están a menudo basadas en la idea de que identificando y cambiando los pensamientos de tipo cognitivo negativo por otros positivos más adaptativos, las personas depresivas pueden mejorar su estado de ánimo. Pero este modelo sugiere que las terapias, que se enfocan primariamente en la identificación de cogniciones de tipo



negativo, seguirían reforzando la espiral entre características afectivas y semánticas provocando más pensamientos de este tipo.

La intención de la *RVSEP* es facilitar a través de un entrenamiento en memoria autobiográfica, el recuerdo de eventos positivos específicos mediante una serie de entrevistas semi estructuradas basadas en la revisión de vida. Esta intervención podría resultar más adaptativa y útil, según los estudios. Este modelo de entrevista permite la realización de una terapia cognitiva basada en un entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos específicos positivos, para personas mayores con síntomas depresivos. La finalidad, es tratar de que la atención de éstas personas se dirija hacia eventos de su vida de tipo positivo y específico, y no como sucede normalmente hacia eventos de tipo negativo y genérico.<sup>26</sup> El entrenamiento en memoria autobiográfica basado en la revisión de vida de (Haight, 1979), está especialmente indicado en personas de la 3ª edad, porque en esta etapa de la vida, cobra especial relevancia la valoración de lo vivido hasta el momento y, sobre todo, la integración del pasado con el auto concepto en el momento presente, a partir del recuerdo del pasado autobiográfico de una forma positiva.

### **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos.

Es bien sabido que la depresión en el Adulto Mayor es con frecuencia no detectada y por lo tanto no tratada, siendo este un padecimiento potencialmente tratable. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con la morbimortalidad; esto último de manera particular en pacientes de avanzada edad, debido a la frecuente

---

<sup>26</sup> Serrano, Latorre, Gatz y Montañés, (2004). "La Revisión de Vida: Un método Psicoterapéutico en ancianos con depresión". Madrid, Portal Mayores, nº 35. Publicación 2005.

comorbilidad de: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja, la cual dificulta su identificación.

Otro de los aspectos que contribuye a la no detección de este trastorno afectivo en pacientes de edad avanzada es el viejismo, el cual es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, que presupone que el envejecer es sinónimo de: depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad. etc. Negando al individuo la oportunidad de un envejecimiento saludable.

Otro elemento a considerar como responsable de la dificultad en el diagnóstico de depresión en el anciano lo es la forma atípica de presentación clínica de los diferentes tipos de depresión en el paciente de edad avanzada.

Algunos estudios estiman que tal vez entre el 18 y 20 por ciento de los residentes de los asilos experimenten episodios depresivos los cuales es probable que sean crónicos si aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

Las depresiones de aparición tardía se asocian con marcadas dificultades para conciliar el sueño, con hipocondría y con agitación.

Un descubrimiento aún más trágico es que los síntomas de la depresión van en aumento de manera importante en nuestra creciente población de personas de edad avanzada.

Como muchas otras enfermedades, la depresión en el Adulto Mayor tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. A veces los pacientes de edad avanzada con depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen o se aíslan o se vuelven más irritables. Tampoco es raro que junto a la tristeza la persona de avanzada edad deprimida perciba una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores.

## **Factores de Depresión en el Adulto Mayor**

### **Factores predisponentes.**

Estructura de la personalidad.

Dependientes.

Pasivos-agresivos.

Obsesivos.

### **Factores contribuyentes.**

Socioeconómicas.

Dinámica familiar.

Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.

Pertenencia a un grupo étnico específico.

Formas de violencia.

Jubilación.

Comorbilidad orgánica y mental.

### **Factores precipitantes.**

Crisis propias de la edad.

Abandono.

Sentimientos de desesperanza.

Aislamiento.

Violencia.

Muertes de familiares y allegados.

Pérdidas económicas.

Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas.

Discapacidades y disfuncionabilidad.

Dependencia.

- **Las depresiones del Adulto Mayor se clasifican en:**

De inicio precoz: antes de los 60 años.

De inicio tardío: después de los 60 años.

Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.

Depresiones vasculares.

- **A su vez las depresiones de inicio tardío se caracterizan por:**

Menor frecuencia de antecedentes familiares.

Más antecedentes familiares de demencia.

Mayor frecuencia de ideas delirantes.

Mayor deterioro de las actividades de la vida diaria.

Presencia de deterioro cognitivo concomitante a la sintomatología depresiva.

Menos trastornos de la personalidad.

Mayor número de síntomas residuales.

Mayor gravedad de las manifestaciones de vasculares subcorticales.

Los síntomas corporales o somáticos más frecuentes son las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnia; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc., que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano.

En la esfera psíquica pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, auto-reproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio, siendo otro aspecto que debemos de tener en cuenta en la depresión de los ancianos es el riesgo de suicidio, que si bien existe en las depresiones a cualquier otra edad, y en otras enfermedades mentales, es mayor en las personas de más de 65 años. Se relaciona más el suicidio en los ancianos con las enfermedades físicas, la pérdida de seres queridos, y la jubilación. La depresión en general es más frecuente en los varones y viudos. El número de suicidios en Adultos mayores es más prevalente que en los adolescentes.

### **Medición de la depresión en el adulto mayor**

Existen pruebas de tamizaje que ayudan no solo al diagnóstico sino también al seguimiento de los pacientes deprimidos; estas no reemplazan la valoración clínica, pero sí ayudan a realizar un primer acercamiento del paciente deprimido dentro de la atención primaria. Uno de los instrumentos más conocidos es la escala de Hamilton, pero al tener un alto porcentaje de puntuación somática, se recomienda no usarlo en personas de edad avanzada; la escala de Zung para depresión puede ser adecuada, pero solo para tamizaje en la comunidad, pues fue diseñada

para tal fin. La escala de depresión Geriátrica de Yesavage es la más sensible para este grupo poblacional. Esta última escala mencionada fue la que se utilizó en el diagnóstico de depresión en este estudio.

### **Descripción de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.**

#### **Generalidades**

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrado; su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

#### **Interpretación**

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de

trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal 0-5 puntos

Depresión Leve 6-9 puntos

Depresión establecida 10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

### **RIESGO SUICIDA**

El suicidio ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales. Es un tema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la medicina y de la psicología, que ha sido escrutado incesantemente por la literatura y los medios audiovisuales, analizado por la ética y la teología y constituye hoy un problema sanitario de proyección mundial.

#### **Definición de Suicidio, Intento de Suicidio y Riesgo Suicida**

Según la Organización Mundial de la Salud, “el **suicidio** es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte. **Un intento suicida**, en cambio, puede tener o no a la muerte como el fin buscado. **El riesgo suicida** es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo”.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. Hernán Martínez Glattli (2004). Hojas Clínicas de Salud Mental. Evaluación del Riesgo de Suicidio.

## FACTORES ESTADÍSTICOS DE RIESGO SUICIDA

Los factores estadísticos de riesgo suicida definen a los grupos de riesgo, pero no predicen cuál persona se va suicidar y cuál no lo va a hacer.

### 1) FACTORES DEMOGRÁFICO-SOCIALES DE RIESGO SUICIDA

**Sexo:** Por cada dos o cuatro hombres que se suicidan hay sólo una mujer que lo hace, y por cada hombre que hace una tentativa suicida hay cuatro mujeres que intentan hacerlo. Por lo tanto, si bien las mujeres hacen más intentos suicidas, los hombres mueren más frecuentemente por esta causa. El suicidio en el hombre va aumentando en la adolescencia, asciende abruptamente en la temprana adultez y después sigue un gradual ascenso. En la mujer tiene su pico en la mitad de la vida y después declina.

**Edad:** En términos generales se puede decir que a medida que aumenta la edad aumenta la letalidad de los intentos suicidas. Las personas ancianas pertenecen al grupo etario con tasas más elevadas de suicidios consumados.

**Estado civil:** El suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas y divorciadas o viudas. El estar casado y tener hijos hace menos proclive a las personas al suicidio, especialmente a las mujeres. Y, además, aumenta el riesgo de suicidio si la persona vive sola o si se separó recientemente de su pareja, más allá del estado civil que tenga.

**Nivel socioeconómico y ocupación:** El suicidio y las tentativas suicidas son más frecuentes en los dos extremos sociales, con mayor riesgo en la clase más baja. También incrementa el riesgo un descenso en el nivel social y un período prolongado de falta de trabajo.

**Hábitat:** Hay más suicidios y tentativas de suicidio en las ciudades que en el medio rural. Dentro de las ciudades, las tasas de suicidio son mayores en los barrios más carenciados. Es probable que la sensación de falta de integración social, de falta de pertenencia a grupos políticos, religiosos, de trabajo, o familiares desempeñe un papel importante en la posibilidad de intentar suicidarse.

## **2) FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE RIESGO SUICIDA**

### **Factores psicológicos de riesgo suicida**

Muchas de las personas que intentan suicidarse tienen sentimientos de desesperanza y pesimismo, y una visión decepcionante del futuro. Su autoestima está disminuida y encuentran que el suicidio es un camino válido para solucionar sus problemas, aunque niegan que estas ideas conlleven un riesgo para ellos. Son de pensamiento rígido y perfeccionista, con baja tolerancia a las frustraciones y con tendencia a la impulsividad y al enojo, lo que los lleva a aislarse socialmente.

### **Factores psiquiátricos de riesgo suicida**

Los pacientes psiquiátricos son un grupo especialmente susceptible de presentar comportamientos suicidas. Se considera que es un porcentaje mínimo - sólo el 2% - el de las personas que se quitan la vida y que no padecen de ningún tipo de trastorno mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el porcentaje de enfermedades mentales que se encuentran en los suicidios consumados es el siguiente: 24% presenta trastornos afectivos, 22% trastornos neuróticos y de personalidad, 18% abuso de sustancias, 10% esquizofrenia, 5% delirium y demencia, y 21% otros trastornos mentales

## **3) RIESGO SUICIDA EN LAS ENFERMEDADES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS**

Entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal. Estas cifras van aumentando junto con la edad. El hecho de tener mala salud en los últimos 6 meses también aumenta el riesgo.

En la mayor parte (80%) de los pacientes con enfermedad somática que realizan intentos suicidas hay una comorbilidad con trastornos depresivos. Sin embargo, es frecuente que al haber dolor importante la depresión quede disimulada y no sea identificada.



#### **4) FACTORES GENÉTICO-FAMILIARES DE RIESGO SUICIDA**

El tener un familiar que murió por suicidio se asocia a un aumento considerable de la posibilidad de intentar suicidarse. Casi la mitad de los familiares de un suicida realizan un intento de suicidio en su vida. Esto es así más allá de que pueda ser debido a identificación con el familiar suicida o a una predisposición genética.

#### **5) RIESGO SUICIDA POR ANTECEDENTES DE INTENTOS SUICIDAS**

El antecedente de haber intentado suicidarse es uno de los factores que aporta al paciente más riesgo de quitarse la vida. Se sabe que uno o dos de cada diez de estas personas van a morir por suicidio. Y que aportan a la totalidad de los suicidios la mitad de las muertes. Por lo cual hay que tener muy en cuenta a las personas que ya realizaron un intento de suicidio por el alto riesgo que esto representa (100 veces más que la población general en el primer año).

#### **SUICIDIOS FRUSTRADOS Y PARASUICIDIOS**

Dentro del total de las personas que sobreviven a un intento suicida hay dos poblaciones diferentes: los llamados parasuicidas y los suicidas frustrados.

*Los parasuicidas* son la mayoría y tienen características distintas de los que mueren por suicidio. Se ve en personas más jóvenes (la mitad es menor de 30 años), generalmente mujeres y con conflictos interpersonales. Sus intentos suicidas son de letalidad e intencionalidad bajas, y realizados en situaciones donde cuentan con mucha probabilidad de recibir ayuda. El 10 % de las personas que realizan un parasuicidio finalmente terminan muertos por suicidio.

Los pacientes que realizan un intento de suicidio frustrado tienen características similares a las personas que mueren por suicidio. Son generalmente varones y de mayor edad que los parasuicidas. Su tipo de conflicto es intrapersonal. Presentan mayor aislamiento que las personas del grupo anterior y tienen menor psicopatología del carácter. Planean sus actos suicidas, generalmente con métodos de alta letalidad. Tienen una alta intención de matarse en el intento, y cuando lo hacen, lo preparan de

tal manera que es baja la probabilidad de que puedan recibir ayuda. Si estos pacientes vuelven a intentar suicidarse tienen altas chances de morir.

### **LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS ANCIANOS**

Este grupo de edad constituye la parcela social en la cual la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad en los varones. Así, la tasa de suicidio de los varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años. En las mujeres también se constata un incremento de la tasa de suicidio con la edad, pero el pico se produce alrededor de los 55 años, disminuyendo levemente en las décadas siguientes.

En la etiología multifactorial de la conducta suicida del anciano suelen desempeñar roles coprotagonísticos, la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión. El perfil más probable del anciano suicida estaría representado por un hombre con antecedentes de un primer episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente.

El propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. Es una conducta suicida activa, no pocas veces reflexiva y premeditada. Por ello el porcentaje de suicidios intentados y suicidios consumados, es para el anciano de 2 a 1, mientras entre los adultos jóvenes es de 7 a 1.

Las tentativas son menos frecuentes en las Instituciones que en el domicilio particular o en las casas de familia. Se debe tener en cuenta si el ingreso a la Institución fue voluntario o se produjo en forma compulsiva, considerando seriamente la sensación de desarraigo y el sobre esfuerzo

de adaptación que implica la institucionalización para este tipo de pacientes.

En general, en el suicidio consumado, con el aumento de la edad se incrementa la proporción de métodos categóricos y violentos. Esto podría fundamentarse en la mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión con la edad.

En contraposición a la conducta suicida activa y categórica, el anciano, también con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar "conductas suicidas encubiertas", lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda medicación o tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte y suicidio pasivo, y dadas las circunstancias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en ciertas infra estimaciones de las muertes por suicidio en este grupo de edad.

### **2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

#### **Constitución de la República del Ecuador 2008**

#### **Capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritarias. Sección primera. Adultas y adultos mayores**

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

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

**Literal.9.** Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

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

## **LEY DEL ANCIANO**

### **Capítulo I**

#### **Disposiciones fundamentales**

**Art. 1.-** Son beneficiarios de esta Ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean éstas nacionales o extranjeras que se encuentren legalmente establecidas en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.

**Art. 2.-** El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

**Art. 3.-** El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Así mismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares.

### **Capítulo II**

#### **Organismos de ejecución y servicios**

**Art. 4.-** Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano en todas y cada una de las provincias del país;
- b) Coordinar con la Secretaría de Comunicación, consejos provinciales, concejos municipales, en los diversos programas de atención al anciano
- c) Otorgar asesoría y capacitación permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y,
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

### **Capítulo III**

#### **De los servicios**

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

#### **2.4.- HIPÓTESIS**

¿Si existe depresión en los Adultos Mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, hay riesgo de suicidio?

#### **2.5.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

“Depresión y riesgo suicida, en Adultos Mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal del Cantón Manta, en el año 2013.

##### **2.5.1.- Variable Independiente**

Depresión

##### **2.5.2.- Variable dependiente**

Riesgo suicida

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1.- TIPO O NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Los tipos de investigación que se utilizaron en este trabajo fueron:

**Cuantitativo:** Ya que a los resultados obtenidos se los sometieron a análisis estadísticos.

**Cualitativo:** Porque se buscan establecer los factores que pueden causar estados depresivos y de riesgo suicida en los adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta.

**Bibliográfica y documental:** Porque se recurrieron a las fuentes primarias del Centro Geriátrico con el fin recopilar la información ya existente de los adultos mayores. También se busca información de fuentes secundarias como; libros, revistas u otros documentos, que son necesarios para el sustento de lo investigado.

**Descriptiva:** Porque permite describir la realidad de la depresión y del riesgo suicida en los adultos mayores del centro.

**De campo:** Porque la información fue recabada a través de los investigadores, directamente en el sitio de los hechos, es decir en el Centro Geriátrico del Patronato Municipal.

#### **3.1.1.- MÉTODOS**

**Método científico:** Se utiliza por ser un conjunto de principios, reglas y procedimientos, el mismo que nos orienta en la investigación, llevando a alcanzar un conocimiento objetivo de la realidad; es decir demostrado y comprobado racionalmente.

**Método Deductivo:** Se utiliza este método porque es aquel que parte de verdades previamente establecidas como principio general, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez.

**Método Estadístico:** Porque a partir de este método se realiza el análisis y la comprensión de la información obtenida así como la representación gráfica de la misma.

**Método Bibliográfico:** Ya que a través de este método se sustenta el marco teórico mediante la revisión de texto, folletos, revistas, entre otros en general.

### 3.1.2.- TÉCNICAS

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos durante el proceso investigativo fueron; la entrevista, la encuesta y el test geriátrico de depresión de Yesavage.

**La entrevista** nos permite realizar una conversación personal con cada uno de los profesionales y cuidadores del centro, encargados de velar por la salud física y mental de los pacientes adultos mayores, y cuyo propósito fue, el de obtener el máximo de información de los investigados. La técnica de **la encuesta** nos permite recopilar información de la muestra de adultos mayores elegida durante la investigación. **El test** de Yesavage nos permitió recabar información de los posibles tipos de episodios depresivos en que se encuentran la muestra seleccionada.

### 3.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO

#### 3.2.1.- POBLACIÓN

El presente trabajo está constituido de la siguiente población.

Cuidadoras	4
Psicólogo	1
Medico	1
Trabajador social	1
Nutricionista	1
Adultos mayores	80
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>

#### 3.2.2.- MUESTRA

En esta investigación se tomó una muestra al azar de 21 adultos mayores.

Cuidadoras	4
Profesionales	4
Adultos mayores	21
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>

#### 3.2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 21 adultos mayores. Se entrevistó además a 4 cuidadoras, 1 psicólogo, 1 medico, 1 trabajadora social, y 1 nutricionista.

### 3.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.3. b.-VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS
<p><b>DEPRESIÓN</b></p> <p>El enfermo que las padece sufre un humor o estado de ánimo depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li>   <li>• Severa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y aumento de la fatigabilidad. Tienen alguna dificultad para llevar a cabo actividad laboral y social.</li>   <li>• Sueño perturbado, apetito disminuido, considerable angustia o agitación. Pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o culpa, Incapacidad de continuar con la actividad laboral, social o doméstica. Y la ideas de daño a sí mismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree Ud. que ha dejado de hacer cosas que antes le agradaban?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Vive Ud. sólo?</li> </ul> </li> <li>• ¿Con quién vive y desde cuándo?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad médica crónica?</li> <li>• ¿Con qué frecuencia recibe Ud. muestras de afecto de sus familiares?</li> </ul> </li> <li>• ¿Alguna vez ha pasado por su cabeza la idea de quitarse la vida?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Su vida como es generalmente?</li> </ul> </li> <li>• ¿Le gustaría a Ud. que en el centro geriátrico exista un programa de prevención cuyo objetivo sea reducir los posibles síntomas de depresión y de riesgo de suicidio?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios estructurados para aplicación de encuestas y test a los pacientes Adultos Mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta.</li>   <li>• Consultas bibliográficas.</li>   <li>• Análisis documental.</li> </ul>



### 3.3. b.-VARIABLE DEPENDIENTE: RIESGO SUICIDA

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS
<p style="text-align: center;"><b>RIESGO SUICIDA</b></p> <p>El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental, y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores psicosociales</li>   <li>• Enfermedad medica crónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de desesperanza y pesimismo, y una visión decepcionante del futuro. Baja autoestima, sentimientos de soledad.</li>   <li>• Insuficiencia renal, cáncer, dolor crónico, cefaleas, diabetes, cardiopatías, otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen en el centro geriátrico adultos mayores con alguna enfermedad: médica crónica, terminal, emocional o psicológica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen en el centro, pacientes solos y con carencia afectiva?</li> </ul> </li> <li>• ¿Creé Ud. que hay presencia de síntomas depresivos en algunos adultos mayores que se congregan en este centro geriátrico?</li> <li>• ¿Cuáles piensa Ud. que serían los factores que predisponen la causa de los síntomas depresivos en los pacientes del centro? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera Ud. que los pacientes del centro geriátrico podrían tener pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Existe en el centro geriátrico un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario estructurado para las entrevistas, dirigidas al personal que labora en el Centro Geriátrico del patronato Municipal de Manta.</li>   <li>• Consultas bibliográficas.</li>   <li>• Análisis documental</li> </ul>

### **3.4.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información fueron el cuestionario de la encuesta estructurada, el cuestionario de entrevista cerrada, así como la Escala geriátrica de la depresión.

- Encuesta
- Entrevista
- Escala geriátrica de la depresión de Yesavage

En cuanto a los recursos tecnológicos se utilizaron:

Cámaras fotográficas.

Grabadora portátil.

Computador portátil.

Impresora.

Teléfono.

### **3.5.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

El procesamiento y análisis de la información se realizó en forma lógica y con responsabilidad por parte de los investigadores de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Objetivos claros y precisos
- Se tabularon los datos recogidos
- Se tradujo las frecuencias a porcentajes
- Se elaboró tablas y cuadros estadísticos
- Análisis e interpretación de resultados

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

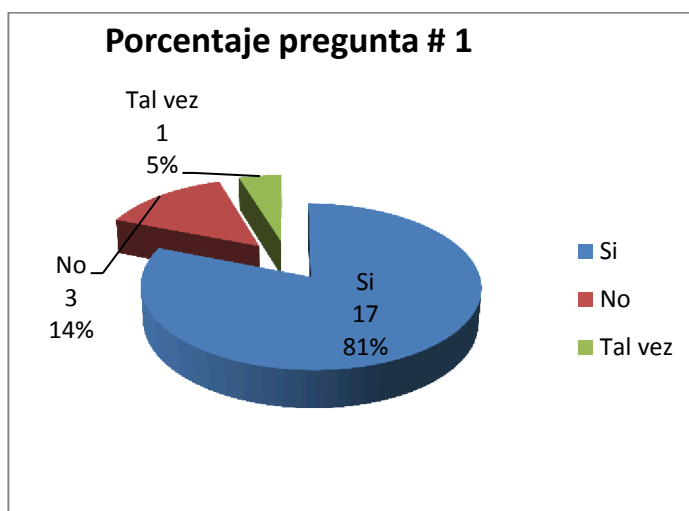
### ENCUESTA

Dirigidas a la población de adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de la Ciudad de Manta.

#### CUADRO No. 1

**1.- ¿Cree Ud. que ha dejado de hacer cosas que antes le agradaban?**

Opción	Frecuencia	%
Si	17	81%
No	3	14%
Tal vez	1	5%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

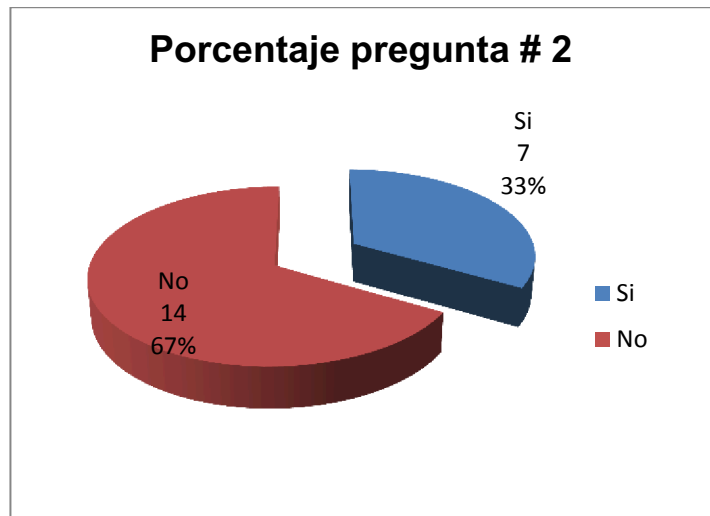
### ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.1 se puede apreciar que de los 21 adultos mayores encuestados, 17 señalaron que si han dejado de hacer cosas que antes le agradaban, equivalente al (81%), 3 que no han dejado de hacer cosas que antes le agradaban, equivalente al (14%) y 1 que tal vez han dejado de hacer cosas que antes le agradaban, equivalente al (5%).

## CUADRO No. 2

### 2.- ¿Vive Ud. sólo?

Opción	Frecuencia	%
Si	7	33%
No	14	67%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

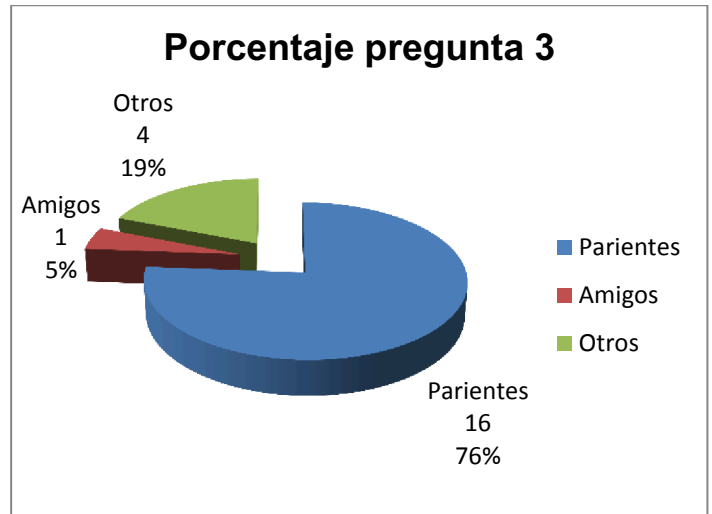
## ANÁLISIS

En el cuadro y grafico No.2 se puede observar que de los 21 adultos mayores encuestados, 7 señalaron que si viven solos, equivalente al (33%), y 14 que no viven solos, que equivale al (67%).

### CUADRO No. 3

#### 3.1.- ¿Con quién vive y desde cuándo?

¿Con quién vive?	Frecuencia	%
Parientes	16	76%
Amigos	1	5%
Otros	4	19%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

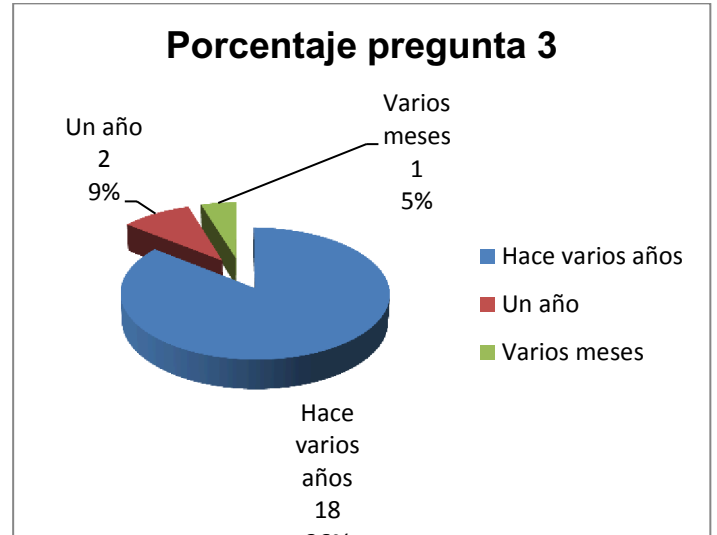
### ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.3 se puede analizar que de los 21 adultos mayores encuestados, 16 señalaron que viven con parientes, que equivale al (76%), 1 que vive con amigos, equivalente al (5%) y 4 que vive con otros, que equivale al (19%).

## CUADRO No. 4

### 3.2.- ¿Desde cuándo?

¿Desde cuándo?	Frecuencia	%
Hace varios años	18	86%
Un año	2	9%
Varios meses	1	5%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

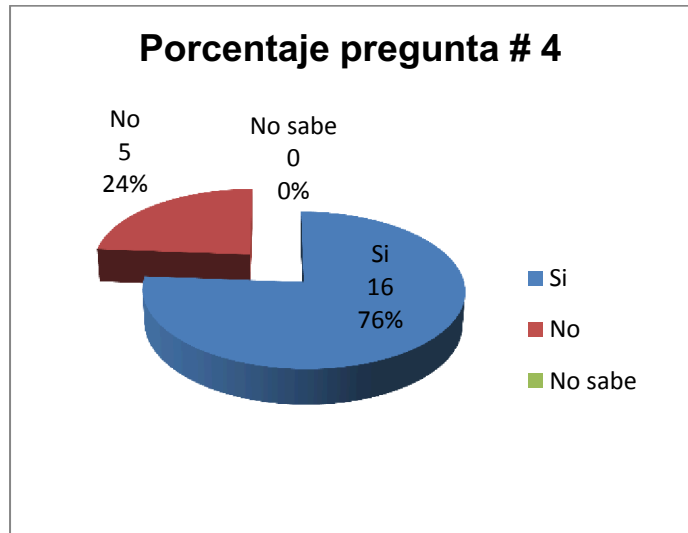
## ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.4 se puede observar que de los 21 adultos mayores encuestados, 18 señalaron que viven con alguien desde hace varios años (86%), 2 desde hace un año (9%) y 1 desde hace varios meses (5%).

## CUADRO No. 5

### 4.- ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad médica crónica?

Opción	Frecuencia	%
Si	16	76%
No	5	24%
No sabe	0	0%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

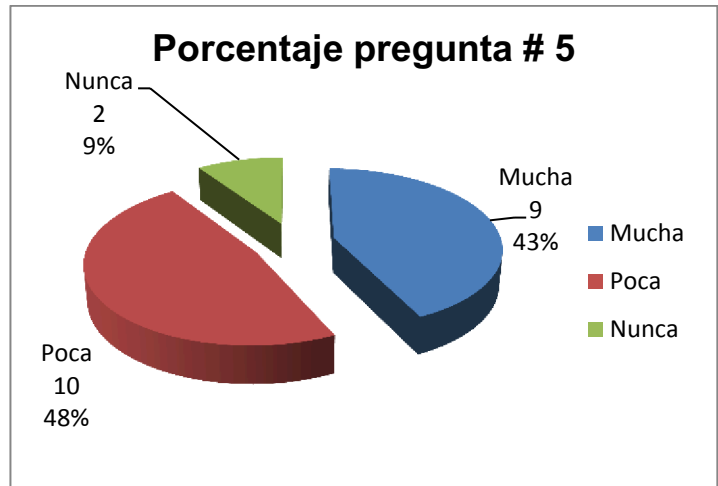
## ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.5 se puede analizar que de los 21 adultos mayores encuestados, 16 señalaron que si sufren de alguna enfermedad médica crónica, equivalente al (76%), 5 que no sufren de alguna enfermedad médica crónica, que equivale al (24%) y 0 que no sabe si sufren o no de alguna enfermedad médica crónica (0%).

## CUADRO No. 6

5.- ¿Con qué frecuencia recibe Ud. muestras de afecto de sus familiares?

Opción	Frecuencia	%
Mucha	9	43%
Poca	10	48%
Nunca	2	9%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

## ANÁLISIS

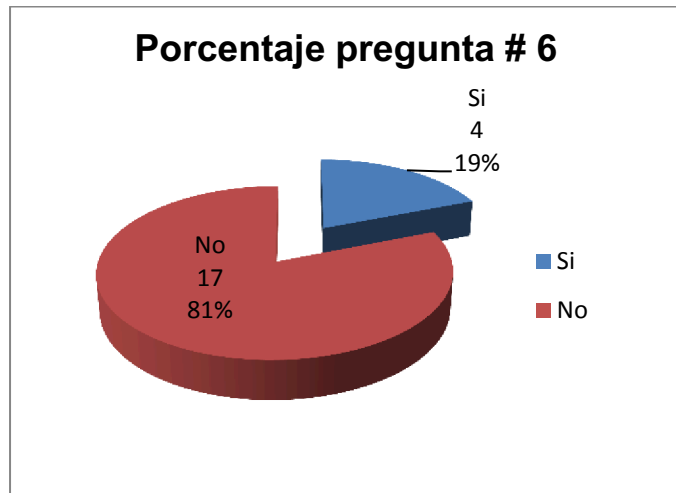
En el cuadro y gráfico No.6 se puede apreciar que de los 21 adultos mayores encuestados, 9 señalaron que reciben con mucha frecuencia muestras de afecto de sus familiares, que equivale al (43%), 10 que reciben con poca frecuencia muestras de afecto de sus familiares, equivalente al (48%) y 2 que nunca reciben muestras de afecto de sus familiares, que equivale al (9%).



## CUADRO No. 7

### 6.- ¿Alguna vez ha pasado por su cabeza la idea de quitarse la vida?

Opción	Frecuencia	%
Si	4	19%
No	17	81%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

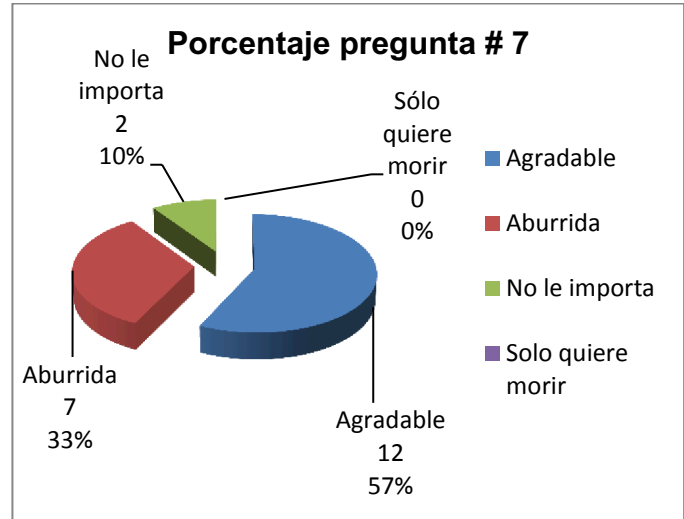
## ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.7 se puede observar que de los 21 adultos mayores encuestados, 4 señalaron que si ha pasado por sus cabezas la idea de quitarse la vida, equivalente al (19%), y 17 indicaron que no ha pasado por sus cabezas la idea de quitarse la vida, lo que equivale al (81%).

## CUADRO No. 8

### 7.- ¿Su vida como es generalmente?

Opción	Frecuencia	%
Agradable	12	57%
Aburrida	7	33%
No le importa	2	10%
Solo quiere morir	0	0%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

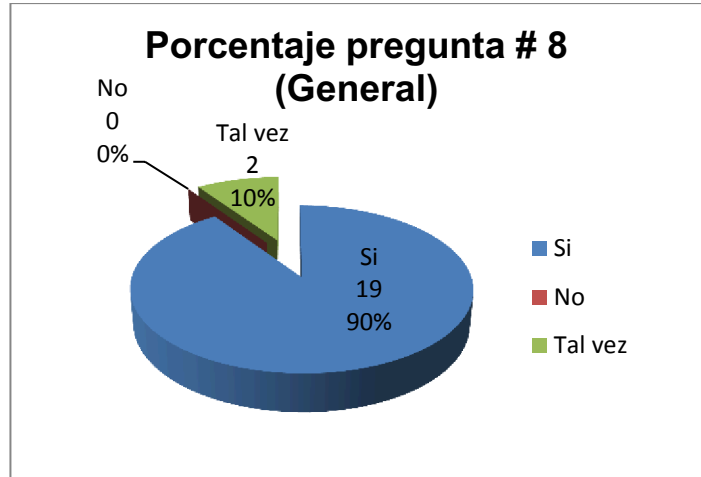
## ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.8 se puede apreciar que de los 21 adultos mayores encuestados, 12 señalaron que su vida es generalmente agradable, lo que equivale al (57%), 7 indicaron que es generalmente aburrida, que equivale al (33%), 2 que no les importa, lo equivalente al (10%), y 0 que sólo quiere morir (0%).

### CUADRO No. 9

8.- ¿Le gustaría a Ud. que en el Centro Geriátrico exista un programa de prevención cuyo objetivo sea reducir los posibles síntomas de depresión y de riesgo de suicidio?

Opción	Frecuencia	%
Si	19	90%
No	0	0%
Tal vez	2	10%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro y gráfico No.9 se puede analizar que de los 21 adultos mayores encuestados, 19 señalaron que si le gustaría que exista en el Centro Geriátrico un Programa de Prevención para reducir los posibles síntomas de depresión y de riesgo de suicidio, que equivale al (90%), 0 que no le gustaría (0%), y 2 indicaron que tal vez les gustaría, lo que equivale al (10%).

### CUADRO No.10

Porcentaje de adultos mayores encuestados: **Sexo**

<b>SEXO:</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Mujeres	10	48%
Hombres	11	52%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro No.10 se puede apreciar que de los 21 adultos mayores encuestados 11 son hombres, que equivale al (52%) y 10 son mujeres, que equivale al (48%).

### CUADRO No. 11

Porcentaje de adultos mayores encuestados: **Edad**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
77 años	5	24%
79 años	3	14%
72 años	2	9%
78 años	2	9%
86 años	2	9%
69 años	1	5%
71 años	1	5%
73 años	1	5%
74 años	1	5%
75 años	1	5%
84 años	1	5%
85 años	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro No.11 se aprecia que de los 21 adultos mayores encuestados, 5 tienen 77 años, equivalente al (24%), 3 tienen 79 años, equivalente al (14%), 2 tienen 72 años, equivalente al (9%), 2 tienen 78 años, equivalente al (9%), 2 tienen 86 años, que equivale al (9%), y 1 tiene 69, 71, 73, 74, 75, 84, 85 años, los que equivalen al (5% c/u).

### CUADRO No. 12

Porcentaje de adultos mayores encuestados: **Estado Civil**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Casados	5	24%
Solteros	3	14%
Divorciados	3	14%
*Viudos	10	48%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro No.12 se puede analizar que de los 21 adultos mayores encuestados, 5 son casados, que equivale al (24%), 3 son solteros, que equivale al (14%), 3 son divorciados, equivalente al (14%) y 10 son viudos, lo que equivale al (48%).

### CUADRO No. 13

Porcentaje de adultos mayores encuestados: **Estado laboral**

EST. LABORAL	FRECUENCIA	%
Activos	3	14%
*Jubilados	18	86%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro No.13 se puede apreciar que de los 21 adultos mayores encuestados, 3 tienen un estado laboral activo que equivale (14%), y 18 están jubilados que equivale al (86%).

### CUADRO No. 14

**Cuadro.14:** Porcentaje de adultos mayores encuestados: **Profesión**

Profesión	Porcentaje	%
A. de casa	7	33%
Obreros	6	29%
Empleado publico	2	9%
Informal	6	29%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Encuesta a la muestra de adultos mayores

### ANÁLISIS

En el cuadro No.14 se analiza que de los 21 adultos mayores encuestados, 7 son amas de casa, que equivale (33%), 6 son obreros equivalente al (29%), 2 empleados publicos equivalente al (9%), y 6 informales que equivale (29%).

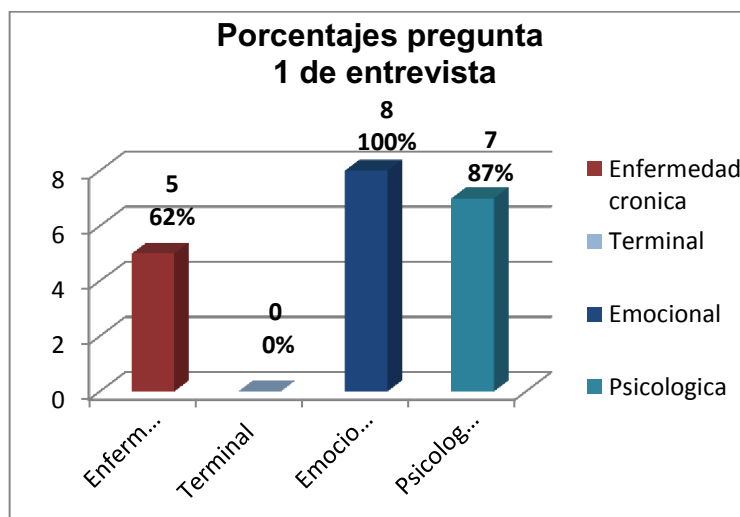
## ENTREVISTA

Dirigida a los profesionales encargados de la salud física y mental de los adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta.

### CUADRO No. 15

1.- ¿Existen en el Centro Geriátrico adultos mayores con alguna enfermedad: médica crónica, terminal, emocional, o psicológica?

Opción	Entrevistados	Frecuencia	%
Enf. crónica	8	5	62%
Terminal	8	0	0%
Emocional	8	8	100%
Psicológica	8	7	87%



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico No.15 se puede observar que de los 8 profesionales entrevistados, 5 señalaron que si existen adultos mayores en el Centro Geriatrico con alguna enfermedad medica cronica, lo que equivale al (62 %), 0 señalaron que existan adultos mayores en el Centro Geriatrico con alguna enfermedad terminal (0%), 8 señalaron que sí existen adultos mayores en el Centro Geriatrico con alguna enfermedad emocional, equivalente al (100%), y 7 señalaron que sí existen adultos

mayores en el Centro Geriatrico con alguna enfermedad psicologica, lo que equivale al (87%).

De acuerdo a los criterios obtenidos de parte de los profesionales entrevistados, quienes se encuentran comprometidos con el bienestar físico y mental de los adultos mayores del Centro Geriátrico, y tomando en consideración que la información recabada viene del personal autorizado para tratar el tema de los pacientes del centro, podemos referir que en la institución antes mencionada si existen pacientes con enfermedades medica crónica, emocional y psicológica, que potencian la aparición de síntomas depresivos con el consiguiente riesgo de suicidio.

Al ser las enfermedades emocionales padecimientos originados por conflictos personales que luego derivan en problemas orgánicos, es fundamental tener en consideración que estos cambios emocionales, cuando son duraderos e intensos, indican que una persona se encuentra emocionalmente distorsionada. La causa de esto radica en conflictos de convivencia o de presiones del entorno que derivan en síntomas como el aburrimiento, la ansiedad, la angustia.

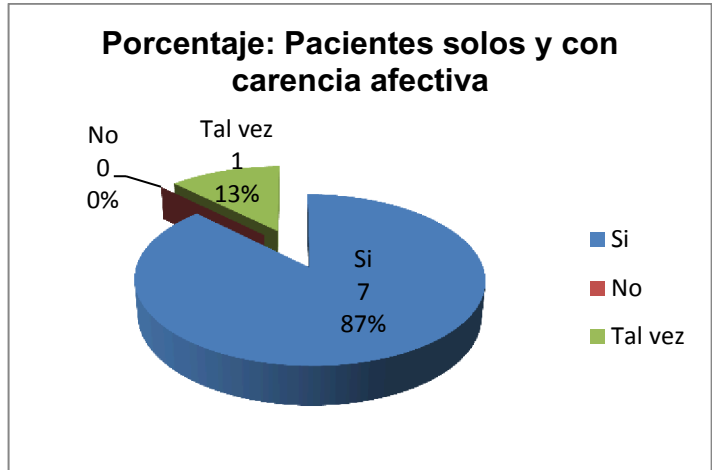
Estos síntomas al prolongarse van presentando cuadros de enfermedades psicológicas, pues causan alteración de los procesos cognitivos y afectivos lo que lleva en la mayoría de los casos a trastornos depresivos.

Otra de las enfermedades que no pasa desapercibida en los adultos del centro y que también incide en la aparición de síntomas depresivos, es la médica crónica.

## CUADRO No. 16

2.- ¿Existen en el centro, pacientes solos y con carencia afectiva?  
Si, No, Tal vez.

Opción	Frecuencia	%
Si	7	87%
No	0	0%
Tal vez	1	13%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico No.16 se observa que de los 8 profesionales entrevistados, 7 señalaron que sí existen en el Centro Geriátrico pacientes solos y con carencia afectiva que equivale al (87%), 0 indicó que no existen (0%), y 1 expresó que tal vez existen, que equivale al (13%).

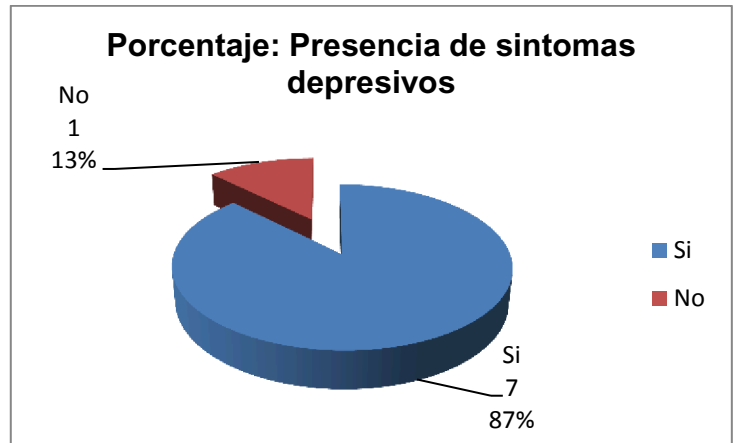
Según los criterios referidos por parte de los profesionales entrevistados quienes se encuentran encargados del bienestar físico y mental de los adultos mayores del Centro Geriátrico, podemos apreciar un alto índice de pacientes solos y con carencia afectiva, convirtiéndose esto, en un indicador preocupante y que requiere una pronta intervención psicoterapéutica, para procurar una buena salud mental y prevenir enfermedades psicológicas como la depresión.



### CUADRO No. 17

3.- ¿Creé Ud. que hay presencia de síntomas depresivos en algunos adultos mayores que se congregan en este Centro Geriátrico? Si, No.

Opción	Frecuencia	%
Si	7	87%
No	1	13%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

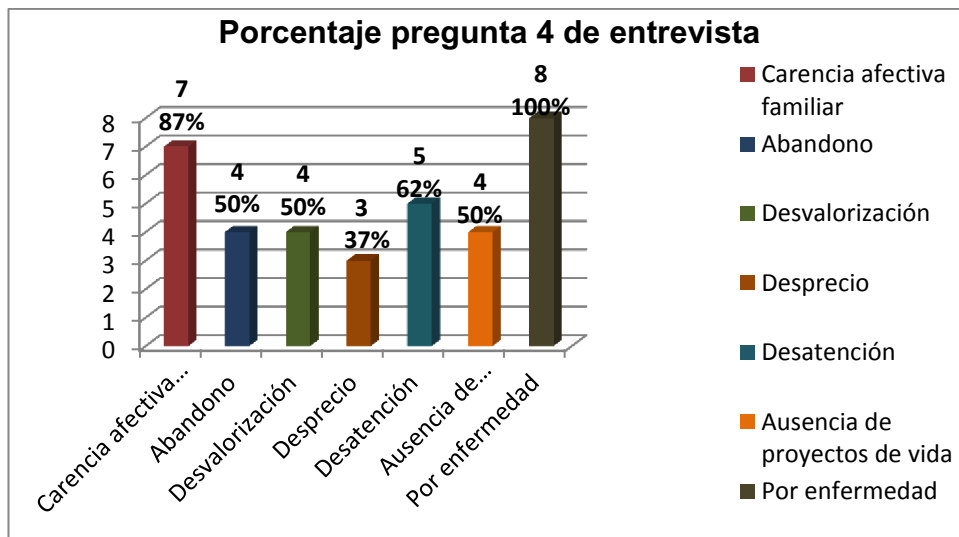
En el cuadro y gráfico No.17 se observa que de los 8 profesionales entrevistados, 7 señalaron que sí hay presencia de síntomas depresivos en algunos pacientes del Centro Geriátrico, equivalente al (87%), y 1 indicó que no, equivalente al (13%).

Según datos recabados a los profesionales entrevistados del Centro Geriátrico, podemos apreciar que en la institución hay un alto índice de pacientes con síntomas depresivos, siendo esto un indicador de alarma para realizar tratamiento psicoterapéutico. Ya que los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. Y afectan tanto su estado físico, emocional y social.

**CUADRO No. 18**

**4.- ¿Cuáles piensa Ud. que serían los factores que predisponen la causa de los síntomas depresivos en los pacientes del Centro: Carencia afectiva familiar, abandono, desvalorización, desprecio, desatención, ausencia de proyecto de vida, o por enfermedades?**

Opción	# Entrevistados	Frecuencia	%
Carencia afectiva familiar	8	7	87%
Abandono	8	4	50%
Desvalorización	8	4	50%
Desprecio	8	3	37%
Desatención	8	5	62%
Ausencia de proyectos de vida	8	4	50%
Por enfermedad	8	8	100%



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y grafico No.18 se analiza que de los 8 profesionales entrevistados, 7 señalaron a la carencia afectiva familiar como un factor que predispone la causa de los sintomas depresivos en los pacientes del centro, equivalente al (87%), 4 señalaron como factor al abandono, lo que equivale al (50%), 4 señalaron a la desvalorización, equivalente al (50%), 3 señalaron al desprecio como un factor, equivalente al (37%), 5 señalaron como factor a la desatención, que es equivalente al (62%), 4 señalaron a la ausencia de proyectos de vida como factor, lo que equivale al (50%), y 8 señalaron a las enfermedades como factores que predispone la causa de los sintomas depresivos en los pacientes del centro, lo que equivale al (100%).

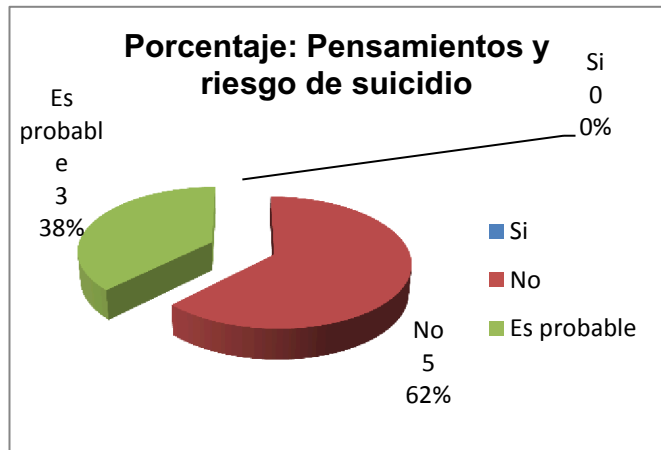
Según los datos manifestados mediante entrevista por los profesionales que tienen bajo su cuidado a los adultos mayores del Centro Geriatrico. Se deduce que los factores que predisponen la causa de sintomas depresivos en los pacientes de la institucion son multifactoriales.

Problemática a la que estan expuestos los adultos mayores del centro en su entorno familiar, dejando entrever claramente una situación de latentes peligros que van en desmedro de su salud fisica y mental.

## CUADRO No. 19

**5.- ¿Considera Ud. que los pacientes del Centro Geriátrico podrían tener pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos? si, no, es probable.**

Opción	Frecuencia	%
Si	0	0%
No	5	62%
Es probable	3	38%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

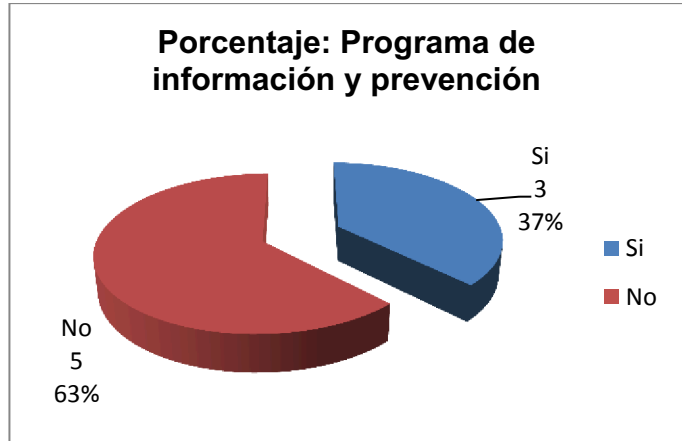
En el cuadro y gráfico No.19 se observa que de los 8 profesionales entrevistados, 0 señalaron que los pacientes del centro geriátrico si tienen pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos, lo que equivale al (0%), 5 señalaron no, lo que equivale al (62%), 3 indicaron que es probable, lo que equivale al (38%).

Los criterios manifestados mediante entrevista por los profesionales del centro hacen referencia a una inexistencia de pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos en los pacientes de la institución, lo cual nos hace entrever lo urgente que es la capacitación y el trabajo multidisciplinario para dar a conocer la problemática de la depresión desde las causas hasta su efecto, logrando así, que los adultos mayores que asisten al centro geriátrico cuenten con una acertada atención biopsicosocial.

## CUADRO No. 20

6.- ¿Existe en el Centro Geriátrico un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio? Si, no.

Opción	Frecuencia	%
Si	3	37%
No	5	63%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>



**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Entrevistas al personal del Centro Geriátrico

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico No.20 se observa que de los 8 profesionales entrevistados, 3 señalaron que si existe en el centro geriátrico un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio, lo que equivale al (37%), 5 indicaron que no existe un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio, equivalente al (63%).

Según los criterios referidos mediante entrevista por la mayoría de los profesionales del centro, en la institución no existe un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio, conllevando esto a que el adulto mayor sea fácil presa de estas sintomatologías patológicas. Por lo que es prioritario para el beneficio de los pacientes, que la institución acoja o emprenda programas que vayan dirigidos a reducir las incidencias de esta problemática en los adultos mayores del centro.

## CUADRO No. 21

### ANÁLISIS DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	18 = 86% <b>0</b>	3 = 14% <b>*1</b>
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	18 = 86% <b>*1</b>	3 = 14% <b>0</b>
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	12 = 57% <b>*1</b>	9 = 43% <b>0</b>
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	9 = 43% <b>*1</b>	12 = 57% <b>0</b>
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	11 = 52% <b>0</b>	10 = 48% <b>*1</b>
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	9 = 43% <b>*1</b>	12 = 57% <b>0</b>
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	15 = 71% <b>0</b>	6 = 29% <b>*1</b>
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	10 = 48% <b>*1</b>	11 = 52% <b>0</b>
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	8 = 38% <b>*1</b>	13 = 62% <b>0</b>
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	9 = 43% <b>*1</b>	12 = 57% <b>0</b>
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	18 = 86% <b>0</b>	3 = 14% <b>*1</b>
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	17 = 81% <b>*1</b>	4 = 19% <b>0</b>
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	17 = 81% <b>0</b>	4 = 19% <b>*1</b>
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	13 = 62% <b>*1</b>	8 = 38% <b>0</b>
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	17 = 81% <b>*1</b>	4 = 19% <b>0</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías  
**Fuente:** Muestra de pacientes del Centro Geriátrico

**0= Normal**

**\*1= Indicador de síntoma depresivo.**

## CUADRO No. 22

### INTERPRETACIÓN DE ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

<b>INTERPRETACIÓN ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE:(POR SEXO Y GENERAL)</b>				
<b>PACIENTES</b>	<b>NORMAL 0-5</b>	<b>DEPRESIÓN LEVE 6-9</b>	<b>DEPRESIÓN SEVERA 10-15</b>	<b>TOTAL - %</b>
<b>ADULTOS MAYORES: (MUJERES)</b>	4 = <b>40%</b>	6 = <b>60%</b>	0 = <b>0%</b>	10 = <b>100%</b>
<b>ADULTOS MAYORES: (HOMBRES)</b>	2 = <b>18%</b>	5 = <b>46%</b>	4 = <b>36%</b>	11 = <b>100%</b>
<b>ADULTOS MAYORES: (TOTAL DE MUESTRA)</b>	6 = <b>29%</b>	11 = <b>52%</b>	4 = <b>19%</b>	21 = <b>100%</b>

**Elaborado:** Por Ruth Bergmann y Edison Macías

**Fuente:** Muestra de pacientes del Centro Geriátrico

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

De los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los cuatro más desfavorables fueron: En primer lugar, el abandono de muchas de las actividades (86%). En el segundo se ubicaron los problemas para iniciar nuevos proyectos, de los cuales un 81% de las personas manifestaron sentirlos. En el tercero se ubico creer que mucha gente está mejor que él, síntoma manifestado en un 81% de los pacientes estudiados. En el cuarto se encontró, que siente que su situación es desesperada, manifestado por un 62% de las personas del estudio.

Entre los ítems con resultados favorables a la población de estudio, principalmente se encontraron: personas satisfechas con la vida (86%), pacientes que creen que es maravilloso vivir (86%), adultos mayores que

se sintieron llenos de energía (81%) y pacientes que se consideraron estar felices la mayor parte del tiempo (71%).

De acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se puede observar que de 21 adultos mayores, seis presentaron ausencia de depresión (29%), once presentaron depresión leve (52%), y cuatro presentaron depresión severa (19%).

De estos 21 pacientes 10 son mujeres. Presentando 4 de ellas ausencia de depresión (40%), 6 presentaron depresión leve (60%), y 0 presentaron depresión severa (0%).

De estos 21 pacientes 11 son hombres. Presentando 2 de ellos ausencia de depresión (18%), 5 presentaron depresión leve (46%), y 4 presentaron depresión severa (36%).

De acuerdo al cuadro de interpretación de la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage, se puede indicar que de la muestra total de adultos mayores del Centro Geriátrico escogidas al azar, existe mayor prevalencia de depresión severa en hombres que en mujeres. Así mismo la prevalencia de la depresión leve es más insidiosa en mujeres que en hombres, pero en un menor porcentaje. En los marcadores totales obtenidos de la muestra de pacientes, se puede observar una alta incidencia de depresión leve, así como una presencia alarmante de depresión severa.

Estudios demográficos sobre prevalencia de la depresión, señalan que existe mayor recurrencia de este trastorno en mujeres que en hombres. Fruto del trabajo de esta investigación, se puede aportar que existe mayor riesgo de esta patología en los hombres al presentarse en la edad adulta mayor, ya que existe un alto indicador de depresión leve en ellos, que asociados a otros factores pueden desencadenar en depresión severa.



## CAPÍTULO V

### 5.1.- COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para ejecutar el siguiente trabajo de investigación se partió de la hipótesis:

**¿SI EXISTE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DE MANTA, HAY RIESGO DE SUICIDIO?**

Esto se comprobó a través de lo siguiente:

En el cuadro no.22 de la interpretación de los resultados de la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage, en el que se puede observar que el 52% de los adultos mayores de la institución presentan depresión leve, y el 19% depresión severa.

En la pregunta de encuesta no.1 ¿Cree Ud. que ha dejado de hacer cosas que antes le agradaban? La misma que estudia el estado anímico de los pacientes encuestado, en el que se puede analizar, que la falta de interés del adulto mayor por hacer cosas que antes le agradaban llega al 81%.

En la pregunta de encuesta no.4 ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad médica crónica? Misma que investiga la salud orgánica de los adultos mayores del geriátrico, en el que se observa que el (76%) de ellos sufre de alguna enfermedad médica crónica.

En la pregunta de encuesta no.5, ¿Con qué frecuencia recibe Ud. muestras de afecto de sus familiares? La cual investiga los estados afectivos de los adultos mayores encuestados, en el que se observa que el 48% de ellos recibe con poca frecuencia muestras de afecto de sus familiares, y el 9% que nunca recibe muestras de afecto de sus familiares.

En la pregunta no.3 de entrevista a los profesionales ¿Creé Ud. que hay presencia de síntomas depresivos en algunos adultos mayores que se congregan en este centro geriátrico? En el que se aprecia que el (87%) de ellos refieren que si hay presencia de síntomas depresivos en algunos adultos mayores que se congregan en este centro.

La investigación realizada permitió comprobar que dentro del Centro Geriátrico del Patronato Municipal existen casos de depresión en algunos adultos mayores, por lo que no están exentos del riesgo de suicidio.

## **5.2.- LOGROS DE OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores que desencadenan tipos de depresión en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, tendiente a disminuir el riesgo de suicidio.

El objetivo general se logra analizar a través de la pregunta de entrevista no.4 a los profesionales del centro, ¿Cuáles piensa Ud. que serían los factores que predisponen la causa de los síntomas depresivos en los pacientes del centro: carencia afectiva familiar, abandono, desvalorización, desprecio, desatención, ausencia de proyecto de vida, o por enfermedades? En el que se analiza que el 87% señalan a la carencia afectiva familiar, el 50% al abandono, el 50% a la desvalorización, el 37% al desprecio, el 62% a la desatención, el 50% a la ausencia de proyecto de vida, y el 100% a las enfermedades.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**1.** Identificar los factores que influyen en la aparición de episodios depresivos en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico, para determinar las incidencias de estos en los pacientes.

Se logró este objetivo al considerar la pregunta no.1 de las entrevistas a los profesionales del centro ¿Existen en el Centro Geriátrico adultos mayores con alguna enfermedad: médica crónica, terminal, emocional, o psicológica? Donde se aprecia que el 62% refirió a la enfermedad médica crónica, el 100% a la enfermedad emocional, el 87% a la enfermedad psicológica, y el 0% a la enfermedad terminal.

**2.** Conocer cuáles son los tipos de depresión que se presentan en los adultos mayores del Centro Geriátrico.

Se logró este objetivo al considerar el cuadro no.22 de la interpretación de los resultados de la Escala Geriátrica de Depresión Yesavage, en el que se puede examinar que el 29% de los adultos mayores de la institución presentan ausencia de depresión, el 52% depresión leve, y el 19% depresión severa.

**3.** Determinar si en los adultos mayores hay riesgo suicida y cuáles son los signos y síntomas.

Se logró este objetivo de manera parcial al considerar la pregunta no.6 de la encuesta ¿Alguna vez ha pasado por su cabeza la idea de quitarse la vida? Dónde se puede apreciar que por el 19% de los encuestados si ha pasado por sus cabezas la idea de quitarse la vida, y por el 81% no.

Se logró al considerar la pregunta no.7 de la encuesta ¿Su vida como es generalmente? Examinándose que el 33% considera que es aburrida, al 10% no le importa, el 0% sólo quiere morir y el 57% agradable.

Así mismo se logró este objetivo de manera parcial al considerar la pregunta no.5 de entrevista a los profesionales del geriátrico, ¿Considera Ud. que los pacientes del Centro Geriátrico podrían tener pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos, si, no, es probable? Donde se aprecia que un 38% consideran que es probable, el 62% refiere que no y 0% que sí.

**4.** Proponer un programa de prevención que este orientado a reducir los síntomas depresivos en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico, con el objetivo de disminuir el riesgo de suicidio.

Se logró este objetivo con la propuesta realizada al Centro Geriátrico mediante el trabajo de tesis.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1.- CONCLUSIONES

- Que en el Centro Geriátrico el 29% de la muestra de adultos Mayores no presentan depresión, mismos que participan, realizan sus actividades y asisten normalmente a la institución diariamente.
- Considerando que el número de la muestra de adultos mayores con depresión leve es del 52% y de severa de 19%, se concluye que en el Centro Geriátrico algunos de sus pacientes tienen episodios depresivos, probablemente porque no están recibiendo una adecuada asistencia psicológica.
- Qué los pacientes del Centro Geriátrico no está exento del riesgo de suicidio, debido a que existe en la muestra de adultos mayores seleccionada, un elevado porcentaje (71%) con síntomas depresivos.
- Como la depresión es un trastorno que se encuentra latente en nuestra sociedad, se concluye que no se puede desamparar a la población del Adulto Mayor, ya que son vulnerables a los diferentes factores que predisponen la causa de este trastorno.
- Cabe resaltar que la labor social que desempeña el Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta al brindar ayuda a los diferentes sectores de la ciudad, ha sido beneficiosa para los adultos mayores, para sus familias, y para la comunidad.

## **6.2.- RECOMENDACIONES**

### **Para el Centro Geriátrico del Patronato Municipal**

- Incluir la participación de las familias en el proceso de aceptación del ciclo de vida del Adulto Mayor, a través de conferencias y visitas domiciliarias.
- La necesidad de que las familias conozcan de estrategias que les permitan detectar dentro de su entorno, los signos y síntomas de la depresión en los pacientes del centro.
- Promover la práctica de estilos de vida saludables, como por ejemplo: actividad física, alimentación adecuada, controles médicos y psicológicos, terapia ocupacional y de desarrollo personal etc. Con el fin de procurar una adecuada salud biopsicosocial en los adultos mayores del centro.
- Ejecutar un programa de intervención con enfoque en el tratamiento de la depresión en adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, utilizando el modelo, "Revisión de Vida" como método Psicoterapéutico.

### **Para Escuela de Psicología**

- Dentro de la Escuela de Psicología se debe propiciar la creación de líneas de investigación, que aborden las temáticas de la depresión en el adulto mayor, que permitan obtener información desde diferentes aspectos de la población en el ámbito local.

## **CAPÍTULO VII**

### **PROPUESTA**

#### **7.1.- DATOS INFORMATIVOS:**

**INSTITUCIÓN EJECUTORA:** Centro Geriátrico del Patronato Municipal.

**ÁREA:** Salud mental

**CIUDAD:** Manta

**PROVINCIA:** Manabí

**BENEFICIARIOS:** Adultos Mayores del Centro Geriátrico y la comunidad en general.

**TIEMPO ESTIMADO:** Indefinido

**UBICACIÓN:** Parroquia Manta

**RESPONSABLES:** Edison Macías Mieles y Ruth Bergmann Zambrano.

#### **NOMBRE DE LA PROPUESTA:**

“Programa de intervención con enfoque en el tratamiento de la depresión en adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, utilizando el modelo, “Revisión de Vida” como método Psicoterapéutico”.

### **INTRODUCCIÓN**

El trastornos depresivos constituyen uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitante entre la población geriátrica, son un importante problema de salud pública que aumenta con la edad, por lo que tiene una elevada prevalencia de morbilidad en el Adulto Mayor.

Estudios realizados coinciden en señalar que los trastornos del humor afectivos, en especial la depresión en personas de edad avanzada están infradiagnosticados e infratratados, situación que se podría dar porque hay carencia de métodos diagnósticos y de tratamientos que nos lleven a realizar un trabajo eficaz, o porque los pacientes geriátricos tienden a manifestar la sintomatología depresiva en menor medida que los adultos más jóvenes. Siendo los síntomas psicológicos y emocionales los menos comunicados, al contrario de los somáticos y neurovegetativos.

La institucionalización en centros de acogida se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos. El sentimiento de abandono, las dificultades económicas o la limitación de la posibilidad del uso del dinero, el alejamiento de la red sociofamiliar habitual, la

adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, la ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas, y el fallecimiento del conyugue entre otros, eleva de manera preocupante la prevalencia de depresión entre la población adulta mayor institucionalizada.

## **7.2.- ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

En el año 2011 la escuela de medicina de la universidad particular de Loja implemento un Programa de atención al Adulto Mayor, en el centro de salud Charapoto del Cantón Sucre en Manabí.

En dicho programa se buscaba mejorar la calidad de vida del anciano mediante la aplicación de guías geriátricas de atención primaria, capacitación del personal de salud, e implementación del servicio de consejería para el adulto mayor y su familia, obviándose en este programa la atención psicológica integral de los pacientes.

El Centro Geriátrico del Patronato Municipal como entidad social que trabaja en beneficio de quienes acuden a él, al igual que otras instituciones públicas y privadas, en la actualidad no cuenta con un programa para prevenir y tratar los trastornos depresivos a los que están expuestas personas en edad geriátrica.

Se pretende con esta propuesta brindar al paciente del centro, atención psicológica integral, en especial en el tratamiento de la depresión por medio de psicoterapia. Brindándoles recursos adecuados para encaminarlos a obtener, satisfacción de vida, bienestar psicológico y auto-estima.

Finalmente y de conformidad a estudios realizados en nuestro país por la Organización Mundial de la Salud, existe actualmente escasez de personal en las distintas áreas de la salud, especialmente en el área geronto-geriátrica.

### **7.3.- OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Desarrollar habilidades de afrontamiento, tendientes a reducir los síntomas depresivos y el riesgo suicida.

#### **Objetivos específicos**

1. Desarrollar habilidades tendientes a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión.
2. Establecer en el paciente, mayor capacidad de resiliencia, para que pueda afrontar con normalidad la vida cotidiana.
3. Disminuir por medio de la terapia los síntomas depresivos, con la finalidad de reducir el riesgo de suicidio en el Adulto Mayor del Centro Geriátrico.

### **7.4.- JUSTIFICACIÓN**

En los últimos años los trastornos depresivos en los pacientes ancianos va en aumento, esto tal vez se deba a que a su edad sean más evidentes en él, patologías orgánicas antes que psicológicas.

Dentro de las patologías psicológicas están las afectivas, mismas que en la mayoría de los casos no son expresadas por los pacientes, por haberse presentado durante el transcurso de sus vidas, o porque no quieren volver a vivir hechos traumáticos de su pasado.

Aplicar en el Centro Geriátrico un programa de intervención enfocado en el tratamiento de la depresión en los adultos mayores, utilizando el método psicoterapéutico de Revisión de Vida, favorecerá en la salud mental y del buen vivir, ya que se disminuiría la aparición de síntomas depresivos por medio de la reminiscencia, pues en las últimas etapas de la vida, las personas muestran una especial capacidad para recordar en forma de vívidas imágenes los sucesos y acontecimientos de su pasado. Por lo que sería factible y muy beneficioso para la institución, la aplicación de un programa de intervención y tratamiento orientado a reducir los síntomas depresivos en los adultos mayores y por consiguiente disminuir el riesgo de suicidio. Éste beneficiara tanto la población de



adultos mayores, sus familiares, los cuidadores, el Centro Geriátrico y la comunidad en general.

### **7.5.- FUNDAMENTACIÓN**

El prestigioso psiquiatra y geriatra Robert Butler definió la Revisión de Vida (RV) como: “Un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos estresantes” (Butler, 1963, p. 66). Destacó la RV como proceso normativo y universal, donde la reintegración de experiencias pasadas y hechos traumáticos pueden ser de nuevo revisados ofreciendo una resolución a los mismos, así como un sentimiento de serenidad y sabiduría (Butler, 1963, p. 65). Las personas pueden hacer conscientes recuerdos que han tenido lugar a lo largo de sus vidas y reexaminar de nuevo que sucedió; proceso que permite que en ese momento se enfrenten directamente a sus conflictos psíquicos. Este proceso de reminiscencia les permite dar un nuevo significado a esos recuerdos y ofrecer una nueva visión a su vida a partir de este momento y liberarlas de sentimientos negativos que permanecían en ellas por sucesos y acontecimientos de su vida pasada. Butler (1963, 1974) además señaló que aquellas personas de cualquier edad que han visto la posibilidad de morir (por cualquier situación), podrían sentir la necesidad de revisar su vida pasada. Incluso aquellas personas que pasan por momentos de soledad o aislamiento psicológico. Según Butler las personas de todas las edades pueden cuestionar su identidad, y usar su pasado como fuente de guía a través del tiempo para ese proceso de repaso de toda la vida. A pesar de la disminución de algunas capacidades físicas y psíquicas asociadas al envejecimiento pueden producir cierta desesperanza en el anciano, la RV puede hacer que se asimile mejor este proceso.<sup>28</sup>

#### **Estructura**

Se recomienda una estructura de entrevista sobre la RV de seis semanas, un día por semana. Dos semanas deberían enfocarse en la época de la

---

<sup>28</sup>SERRANO SELVA, Juan Pedro, LATORRE POSTIGO, José Miguel (2005). “La Revisión de Vida: Un método Psicoterapéutico en ancianos con depresión”. Madrid, Portal Mayores nº 35.

infancia, la familia y el hogar. Una semana para la adolescencia, otra para la edad adulta y las dos últimas para realizar un resumen de su vida. El resumen de vida es muy importante porque es el momento en el que la integración personal de los diferentes períodos de vida tiene lugar. A lo largo de estas seis sesiones de entrevista la persona tiene tiempo de reinterpretar, volver a integrar y asimilar el pasado vivido en un proceso que podríamos denominar como psicoterapia breve.

## 7.6.- PLAN DE ACCIÓN

**Unidad ejecutora:** Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, autoridades y directivos de la institución.

**Beneficiarios directos:** Pacientes adultos mayores que asisten al centro

### PLAN DE TRABAJO

**Nombre de proyecto:** “Programa de intervención con enfoque en el tratamiento de la depresión en adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, utilizando el modelo, “Revisión de Vida” como método Psicoterapéutico”. **Año:** 2013

<b>Actividad:</b>	Evaluación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en los adultos mayores del Centro geriátrico del Patronato Municipal de Manta.
<b>Finalidad:</b>	Desarrollar habilidades de afrontamiento, tendientes a reducir los síntomas depresivos y el riesgo suicida.
<b>Tiempo y lugar de realización:</b>	Indefinido. Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta.
<b>Forma de realización:</b>	Individual
<b>Desarrollo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación</li> <li>- Empatía</li> <li>- Entrevista inicial con paciente</li> <li>- Entrevista semidirigida (2)</li> <li>- Aplicación de instrumentos psicométricos</li> <li>- Diagnostico</li> <li>- Tratamiento: El trabajo terapéutico se centrara en el método psicoterapéutico sobre la Revisión de Vida que se desarrolla durante seis semanas, un día por semana: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dos semanas se enfocaran en la época de la infancia, la familia y el hogar.</li> <li><input type="checkbox"/> Una semana en la adolescencia</li> <li><input type="checkbox"/> Una semana en la edad adulta</li> <li><input type="checkbox"/> Dos semanas para realizar un resumen de vida.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responsables:</b>	Ruth Bergmann Zambrano Edison Macías Mieleles

### **Descripción de la propuesta.**

La propuesta está basada en una adaptación de la entrevista sobre Revisión de Vida de Bárbara Haight (1979). Esta ha sido llevada a cabo para crear un instrumento de trabajo para poder emplearse en terapia cognitiva con personas mayores depresivas o distímicas fundamentalmente aunque no por ello no pueda ser utilizado en personas adultas con otras patologías o en ausencia de ellas.

Las terapias cognitivas están a menudo basadas en la idea de que identificando y cambiando los pensamientos de tipo cognitivo negativo por otros positivos más adaptativos, las personas depresivas pueden mejorar su estado de ánimo. Este modelo sugiere que las terapias, que se enfocan primariamente en la identificación de cogniciones de tipo negativo, seguirían reforzando la espiral entre características afectivas y semánticas provocando más pensamientos de este tipo. Otras técnicas parecen necesarias, para ayudar a los depresivos a cambiar sus cogniciones así como su estado de ánimo.

El fin de la *Revisión de Vida* es facilitar a través de un entrenamiento en memoria autobiográfica, el recuerdo de eventos específicos mediante una serie de entrevistas semi-estructuradas. Este modelo de entrevista permite la realización de una terapia cognitiva para personas mayores con síntomas depresivos. La finalidad es tratar de que la atención de estas personas se dirija hacia eventos específico de su vida (*Revisión de Vida*).

#### ***El trabajo terapéutico se centrara en los siguientes puntos:***

- El método psicoterapéutico sobre la RV es de seis semanas, un día por semana.
- Dos semanas se enfocaran en la época de la infancia, la familia y el hogar.
- Una semana en la adolescencia
- Una semana en la edad adulta
- Dos semana para realizar un resumen de vida

#### ***Los instrumentos que se emplearan para evaluar:***

- Entrevista
- Test escala Geriátrica de Yesavage

***Se iniciará el programa con la siguiente técnica a seguir:***

- Método Psicoterapéutico para ancianos con depresión “Revisión de Vida”

## **7.7.- ADMINISTRACIÓN**

### **Recursos**

Para la ejecución de la presente investigación ha sido necesaria la utilización de los siguientes recursos:

### **Talento humano**

Ruth Bergmann Zambrano y Edison Macías Mieles

### **Directivos**

Psicóloga clínica encargada del área geriátrica.

### **Administrativo**

Consultorio: dotado de implementos necesarios para realizar programa.

### **Recursos materiales**

Proyector

Folletos

Computadora

Remas de papel A4

Impresora

### **Recursos económicos**

Financiado por el Patronato Municipal de la Ciudad de Manta.

## **7.8.- PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN**

**¿QUIÉN EVALUARÁ?** Los autores del proyecto, como posibles ejecutores del programa.

**¿POR QUÉ EVALUAR?** Porque el programa de intervención con enfoque en el tratamiento de la depresión contiene seis sesiones, 1 día por semana. Durante los cuales se buscara disminuir los síntomas depresivos en los adultos del centro que lo ameriten.

**¿PARA QUÉ EVALUAR?** Para tomar la decisión de implementar o no dicho programa.

**¿QUÉ EVALUAR?** La propuesta del programa de intervención con enfoque en el tratamiento de la depresión en adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de Manta, que utilizara el modelo, “Revisión de Vida” como método Psicoterapéutico.

**¿CÓMO EVALUAR?** Mediante el análisis minucioso, al cierre de cada una de las sesiones.

## CAPÍTULO VIII

### 8.1.- BIBLIOGRAFÍA

Ana Sosa o, Héctor González A. (1998). Tópicos de gerontología. Depresión en el anciano. México.

CIE-10(1999) 10ma revisión. OMS.

Constitución Política (2008). República del Ecuador.

David H. Barlow, V. Marck Durand (2001) Psicología anormal. Un enfoque integral. 2da edición.

Diario El Comercio (2011). Perú. Suplemento Mi Hogar, 24 de julio.

Diario El Universo (2011). Ecuador). Artículo: "Un promedio de dos personas se suicidan al día en Ecuador". 27 de febrero.

Grace J. Craig. (2001) Desarrollo psicológico. 6ta edición.

Personas Mayores y la Depresión. (2010). Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos

Irwin G. Sarason, Bárbara R. Sarason (2006) Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Psicopatología.

Ley Especial del Anciano (2010). República del Ecuador. Reglamento General.

Mg. Carmen Alvares S. (2008) Metodología de la investigación. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Plan Nacional de Desarrollo (2007-2010). Ecuador. Adultos Mayores. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades).

Graciela Pardo A, Adriana Sandoval D, Diana Umbarila Z. (2004).Revista Colombiana de Psicología. Universidad Nacional de Colombia.

Richard P. Halgin, Susan Krauss W. (2004). Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. Psicología de la anormalidad. 4ta edición

Páginas web:

Anamelí Monroy López. (2005). Dra. Psicología. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. Hospital de México. Disponible en:[http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=103&option=com\\_content&task=view](http://www.amapsi.org/portal/index.php?Itemid=110&id=103&option=com_content&task=view)

Daniel Alberto Vidal (2000). Factores de riesgo suicida en el anciano. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Disponible en: [www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.htm](http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.htm)

Hernán Martínez Glattli (2004). Hojas Clínicas de Salud Mental. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Disponible en: [www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../sitios.../evaluacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/.../sitios.../evaluacion.pdf)

Revista cubana médica (2006). Factores psicosociales de la depresión. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35\\_3\\_06/mil09306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm)

SERRANO SELVA, Juan Pedro, LATORRE POSTIGO, José Miguel (2005). "La Revisión de Vida: Un método Psicoterapéutico en ancianos con depresión". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 35. [Fecha de publicación: 26/05/2005]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/serrano-revisión-01.pdf>>.

# ANEXOS

a.

### ENCUESTA

Dirigidas a la población de adultos mayores del Centro Geriátrico del Patronato Municipal de la Ciudad de Manta.

**Fecha:** Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Varón  Mujer

**Estado Civil:** Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Profesión:** \_\_\_\_\_ **Estado laboral:** Activo  Jubilado

1.- *¿Cree Ud. que ha dejado de hacer cosas que antes le agradaban?*

SI  NO  TAL VEZ

2.- *¿Vive Ud. sólo?*

SI  NO

3.- *¿Con quién vive y desde cuándo?*

PARENTES  AMIGOS  OTROS

DESDE HACE VARIOS AÑOS  UN AÑO  VARIOS MESES

4.- *¿Sufre Ud. de alguna enfermedad médica crónica?*

SI  NO  NO SABE

5.- *¿Con qué frecuencia recibe Ud. muestras de afecto de sus familiares?*

MUCHA  POCA  NUNCA

6.- *¿Alguna vez ha pasado por su cabeza la idea de quitarse la vida?*

SI  NO

7.- *¿Su vida como es generalmente?*

AGRADABLE  ABURRIDA  NO LE IMPORTA  SÓLO QUIERE MORIR

8.- *¿Le gustaría a Ud. que en el centro geriátrico exista un programa de prevención cuyo objetivo sea reducir los posibles síntomas de depresión y de riesgo de suicidio?*

SI  NO  TAL VEZ

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**b.**

### ENTREVISTA

Dirigida a los profesionales encargados de la salud física y mental de los adultos mayores del Centro Geriátrico.

#### Datos Generales

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Función que desempeña: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1.- ¿Existen en el centro geriátrico adultos mayores con alguna enfermedad:

Médica crónica ( ) Terminal ( ) Emocional ( ) o psicológica ( )?

2.- ¿Existen en el centro, pacientes solos y con carencia afectiva?

Si ( ) No ( ) Tal vez ( )

3.- ¿Creé Ud. que hay presencia de síntomas depresivos en algunos adultos mayores que se congregan en este centro geriátrico?

Si ( ) No ( )

4.- ¿Cuáles piensa Ud. que serían los factores que predisponen la causa de los síntomas depresivos en los pacientes del centro?

Carencia afectiva familiar ( ) Abandono ( ) Desvalorización ( ) Desprecio ( )  
Desatención ( ) Ausencia de Proyecto de vida ( ) Por enfermedades ( )

5.- ¿Considera Ud. que los pacientes del centro geriátrico podrían tener pensamientos y riesgos de suicidios por causa de síntomas depresivos?

Si ( ) No ( ) Es probable ( )

6.- ¿Existe en el centro geriátrico un programa de información y prevención sobre depresión y riesgo de suicidio?

Si ( ) No ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**C.**

**ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE**

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

d.

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

## **Control de tutoría de Dirección de Tesis**

**Título del Trabajo: “DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA, EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERIÁTRICO DEL PATRONATO MUNICIPAL DEL CANTÓN MANTA, EN EL AÑO 2013”.**

**Estudiantes: Edison Vicente Macías Mieles y Ruth Leonor Bergmann Zambrano**

**Director de Tesis: Dr. Juan Ramón Morán. Mg. Dc.**

<b>Sesión de tutoría No. 1</b>					
<b>Fecha:</b>	20-11-2012	<b>Hora Inicio:</b>	10H00	<b>Hora Final:</b>	12H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
Revisión de designación de director de tesis. Solicitud de fecha y hora para cita.					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 2</b>					
<b>Fecha:</b>	12-12-2012	<b>Hora Inicio:</b>	10H00	<b>Hora Final:</b>	12H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
Reunión para analizar el proyecto					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 3</b>					
<b>Fecha:</b>	17-12-2012	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
Envío de oficio, información de fusión de estudiantes para trabajo de tesis.					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 4</b>					
<b>Fecha:</b>	19-12-2012	Hora Inicio:	16H00	Hora Final:	18H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Reunión: Observaciones en el tema, verificación de investigación bibliográfica.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 5</b>					
<b>Fecha:</b>	20-12-2012	Hora Inicio:	20H00	Hora Final:	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Envío de anteproyecto y revisión de ficha de trabajo de investigación.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 6</b>					
<b>Fecha:</b>	08-01.2013	Hora Inicio:	14H00	Hora Final:	18H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Orientación en el trabajo de tesis, explicación de ruta a seguir, conciliación de revisión de trabajo presenciales y semi presenciales.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 7</b>					
<b>Fecha:</b>	09-01-2013	Hora Inicio:	18H00	Hora Final:	22:00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión de material bibliográfico a director de tesis.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 8</b>					
<b>Fecha:</b>	11-01-2013	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión del tema, objetivo general, objetivos específicos e hipótesis.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 9</b>					
<b>Fecha:</b>	12-01-2013	<b>Hora Inicio:</b>	19H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Devolución de material bibliográfico revisado y jerarquizado. Temas y objetivos reformulados y sugerencias.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 10</b>					
<b>Fecha:</b>	12-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	08H30	<b>Hora Final:</b>	13H30
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Reunión: revisión de instrumentos (Encuesta, entrevista y test). Petición en formato digital.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 11</b>					
<b>Fecha:</b>	12-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	17H00	<b>Hora Final:</b>	20H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Devolución de instrumentos a aplicar en el trabajo de investigación.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No. 12</b>					
<b>Fecha:</b>	13-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Devolución de formatos de entrevista y encuesta corregidas y aceptadas.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 13</b>					
<b>Fecha:</b>	13-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Socialización de guía básica de trabajo para revisar.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 14</b>					
<b>Fecha:</b>	16-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Asesoría sobre formato de entrevista cerrada.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No. 15</b>					
<b>Fecha:</b>	19-03-2013	<b>Hora Inicio:</b>	20H00	<b>Hora Final:</b>	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Aclaración de dudas sobre formato de entrevista.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>16</b>
<b>Fecha:</b>	07-04-2013	Hora Inicio:	10H00	Hora Final:	14H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión de métodos psicoterapéutico para propuesta.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>17</b>
<b>Fecha:</b>	07-04-2013	Hora Inicio:	20H00	Hora Final:	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión de documento para propuesta.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>18</b>
<b>Fecha:</b>	08-04-2013	Hora Inicio:	19H00	Hora Final:	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Aprobación de documento de psicoterapia para propuesta.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>19</b>
<b>Fecha:</b>	17-04-2013	Hora Inicio:	10H00	Hora Final:	13H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Reunión de trabajo: Asuntos varios.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>20</b>
<b>Fecha:</b>	17-04-2013	Hora Inicio:	16H00	Hora Final:	19H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Análisis y sugerencias de prórroga de entrega de borrador de tesis a la comisión académica.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>21</b>
<b>Fecha:</b>	23-04-2013	Hora Inicio:	09H30	Hora Final:	13H30
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión de trabajo de investigación de campo.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>22</b>
<b>Fecha:</b>	11-05-2013	Hora Inicio:	12H35	Hora Final:	17H35
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión de informe de investigación.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>23</b>
<b>Fecha:</b>	11-05-2013	Hora Inicio:	19H30	Hora Final:	22H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Devolución de correcciones y sugerencias de informe.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				Firma Director	



<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>24</b>
<b>Fecha:</b>	24-05-2013	Hora Inicio:	14H00	Hora Final:	19H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Nueva revisión y corrección</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>25</b>
<b>Fecha:</b>	27-05-2013	Hora Inicio:	07H30	Hora Final:	08H30
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Devolución de revisión para mejoras</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>26</b>
<b>Fecha:</b>	27-05-2013	Hora Inicio:	14H00	Hora Final:	19H00
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Revisión total de tesis. Trabajo en el plan de trabajo de propuesta.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>27</b>
<b>Fecha:</b>	31-05-2013	Hora Inicio:	17H50	Hora Final:	21:H50
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Nueva revisión de informe de investigación</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>			Firma Director		

<b>Sesión de tutoría No.</b>					<b>28</b>
<b>Fecha:</b>	07-06-2013	<b>Hora Inicio:</b>	19H39	<b>Hora Final:</b>	20H45
<b>Trabajo Realizado</b>					
<b>Envío de formato de hoja de ruta para tutoría.</b>					
<b>Firma Estudiantes</b>				<b>Firma Director</b>	

**Fecha de entrega de guía de Tutoría, Junio del 2013**