



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS  
GERIÁTRICOS ROSA ELVIRA DE LEÓN Y ANTONIO GRANDA. 2016**

**Proyecto de Investigación previa a la obtención del  
Título de licenciado en enfermería**

**AUTORAS:**

SANDRA ELIZABETH AMÓN TOGRA

**010579154-5**

ERIKA MARIELA ANDRADE GUALLPA

**030158445-4**

**DIRECTORA:**

MG. CARMEN LUCÍA CABRERA CÁRDENAS

**0300819190**

**ASESORA:**

LCDA. DOLORES AMPARITO RODRIGUEZ SÁNCHEZ

**0103001855**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

**ANTECEDENTES.-** La población de adultos mayores en el Ecuador según el censo del INEC de 2010 representa el 6% de la población total (940.905), además se ha incrementado la esperanza de vida en el país a 72.79 en los hombres y a 78. 82 años en las mujeres por lo que la proyección de adultos mayores se incrementa siendo necesario modificar las políticas públicas,

**OBJETIVO.-** Evaluar la salud mental de adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, 2016.

**MÉTODOS Y MATERIALES.-** Se realizó una investigación cuantitativa el tipo de estudio fue descriptivo transversal; el universo representado por 61 adultos mayores, por tratarse de un universo finito pequeño no se realizará cálculo muestral. Los 50 participantes del estudio firmaron un consentimiento informado, los 11 participantes restantes tienen discapacidad visual, auditiva y analfabetos.

La técnica de investigación empleada es la valoración de la Salud Mental aplicado el test de Yesavage, escala de Deterioro Cognitivo, test de Hamilton. Con respecto a la tabulación de datos se realizó en el programa SPSSV.20, y los resultados se representan en tablas de frecuencia y porcentajes.

**USO DE RESULTADOS .-** La investigación encontró que el Antonio Granda está comprendido de 22 Adultos Mayores, el 36,36% tienen entre 81-90 años, el 68,18 % mujeres, el 50% solteros, el 31,82% no son instruidos, el 68,18% déficit cognitivo, el 22,73 % depresión, el 36,36% tienen ansiedad psíquica, 31,82 % ansiedad somática, al contrario los porcentajes en el Rosa Elvira de León cambian siendo que está establecido de 39 Adultos Mayores, el 33.33% tienen entre 71-80 años, el 58,97% mujeres, el 58.97% solteros, el 25,64% no son instruidos, el 48,72% déficit cognitivo, el 38,46% depresión, el 33,33% ansiedad psíquica, el 25,64 % ansiedad somática.

**CONCLUSIONES:** La salud mental de los adultos mayores de los centros geriátricos se encuentra afectada en un 68% y un 32% de los participantes.

**PALABRAS CLAVES:** SALUD METAL, ADULTO MAYOR, CENTROS DE ACOGIDA, ENVEJECIMIENTO PREMATURO, ANCIANO.



## ABSTRACT

**BACKGROUND.** - The population of older adults in Ecuador according to the 2010 INEC census represents 6% of the total population (940,905). In addition, life expectancy in the country has increased to 72.79 in men and 78.82 years in women, so that the projection of older adults increases, by the need to modify public policies that guarantees a decent, autonomous and independent aging process.

The health-disease profile of this age group is characterized by depression, anxiety, cognitive impairment, affective disorders and deterioration of the quality of life.

**OBJECTIVE.** - Evaluate the mental health of older adults in the geriatric centers Rosa Elvira de León and Antonio Granda in 2016.

**METHODS AND MATERIALS.** - A quantitative research, descriptive transversal study, was realized, where the universe is represented by 61 older adults. It is a finite universe that doesn't need a sample calculation. Of all the population, 50 participants signed informed consent; the remaining 11 participants are blind, deaf and illiterate.

The research technique employed is the assessment of Mental Health applied the Yesavage test, Cognitive Impairment scale, Hamilton test. With regard to tabulation of data was performed in the program SPSSV.20, and the results are represented in frequency tables and percentages.

**USE OF RESULTS .-** The investigation found that the Antonio Granda asylum is composed of 22 older adults, 36.36% are between 81-90 years old, 68.18% are women, 50% are single, 31.82% are illiterate, 68.18% have cognitive deficit, 22.73% depression, 36.36% have psychic anxiety, 31.82% somatic anxiety. On the other hand, percentages in Rosa Elvira de León change. Of 39 older adults, 33.33% are between 71-80 years old, 58.97% are women, 58.97% are single, 25.64% are illiterate, 48.72% have cognitive deficits, 38.46% have depression, 33.33% psychic anxiety, 25.64% somatic anxiety, stressing that in some variables such as: sex, marital status, schooling, cognitive deficit, and anxiety both psychic and somatic the percentages are similar.

**CONCLUSIONS:** The mental health of elderly in geriatric centers is affected in a 68% and 32% of the participants are stable, according to the scales of assessment.

**KEY WORDS:** HEALTH METAL, ELDERLY, RECEPTION CENTERS. PREMATURE AGING, ELDERLY.



## INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
CAPÍTULO I.....	13
1.1 INTRODUCCIÓN .....	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	16
1.4 JUSTIFICACIÓN .....	16
CAPÍTULO II.....	18
MARCO REFERENCIAL.....	18
2.1 ANTECEDENTES.....	18
2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	19
2.2.1 MARCO JURIDICO DE PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR .....	19
2.2.2 FUNDAMENTO TEORICO; LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES.....	23
2.2.3 CAMBIO FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN LA VEJEZ.....	23
2.2.4 REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL .....	24
2.2.5 LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES.....	26
2.2.6 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS QUE SE PRESENTAN EN LA VEJEZ.....	29
2.2.6.1 Deterioro Cognitivo. – .....	29
2.2.6.2 Depresión. – .....	33
2.2.6.3 Ansiedad. - .....	35
CAPÍTULO III.....	39
3. OBJETIVOS.....	39
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	39
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	39
CAPÍTULO IV.....	40
DISEÑO METODOLÓGICO .....	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO .....	40
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	40
4.3 UNIVERSO .....	40
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	40
4.5 VARIABLES.....	41



4.6 METODOS .....	41
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	41
4.8 PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS.....	42
4.9 ASPECTOS ETICOS .....	42
CAPÍTULO V.....	43
RESULTADOS.....	43
5.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....	43
5.2 DESCRIPCIÓN DE LA SALUD MENTAL.....	47
CAPÍTULO VI.....	52
DISCUSIÓN .....	52
CAPITULO VII.....	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
7.1 CONCLUSIONES.....	57
7.2 RECOMENDACIONES.....	58
7. BIBLIOGRAFIA .....	59
Referencias .....	59
8. ANEXOS.....	64
ANEXO # 1: Formulario de recolección de datos.....	64
ANEXO # 2: Consentimiento Informado .....	69
ANEXO # 3: OPERAZIONALIZACION DE VARIABLES .....	71
ANEXO # 4: Tabulación de datos. ....	72



## DERECHOS DEL AUTOR

Yo, Erika Mariela Andrade Gualpa, autora del proyecto de investigación **“SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIATRICOS ROSA ELVIRA DE LEON Y ANTONIO GRANDA. 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al art.5 literal c) de su reglamento de propiedad intelectual de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciado en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de Marzo del 2017

.....  
Erika Mariela Andrade Gualpa

CI. 030158445-4



## DERECHOS DEL AUTOR

Yo, Sandra Elizabeth Amón Togra, autora del proyecto de investigación **“SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIATRICOS ROSA ELVIRA DE LEON Y ANTONIO GRANDA. 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al art.5 literal c) de su reglamento de propiedad intelectual de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciado en enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicara afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 07 de Marzo del 2017

.....  
Sandra Elizabeth Amón Togra

CI: 010579154-5



## RESPONSABILIDAD

Yo, Erika Mariela Andrade Gualpa, autora del proyecto de investigación **“SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIATRICOS ROSA ELVIRA DE LEON Y ANTONIO GRANDA. 2016”**, certificó que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de Marzo del 2017

.....  
Erika Mariela Andrade Gualpa

CI. 030158445- 4



## RESPONSABILIDAD

Yo, Sandra Elizabeth Amón Togra, autora del proyecto de investigación **“SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIATRICOS ROSA ELVIRA DE LEON Y ANTONIO GRANDA. 2016”**, certificó que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 07 de Marzo del 2017



.....  
Sandra Elizabeth Amón Togra  
CI. 010579154-5



## DEDICATORIA

A Dios mi creador de la vida al Divino Niño Jesús y la Virgen María por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, que con su infinita bondad y amor para alcanzar mi meta por ello con humildad agradezco por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio universitario.

A mi papito Samuel y mi mamita Fany por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar me han inculcado como persona, con valores, principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Javier, Jessica y Thalía por estar siempre conmigo apoyándome y dándome el aliento para salir adelante y no decaer.

A Fredy y mi hijo Mateo que han sido y son mi motivación, inspiración y felicidad a ellos les dedico este trabajo realizado por que fueron las personas más importantes para salir adelante y poder terminar mis estudios.

## ERIKA



## DEDICATORIA

A Dios por brindarme la vida, y la sabiduría para cumplir mi meta propuesta,  
siendo mi fiel pastor en los momentos de desespero.

A mi amado esposo **Pablo** que en todo este tiempo ha sido mi compañero y  
fortaleza para no decaer y salirme del camino.

A mis padres **Juan** y **Julia** que gracias a su esfuerzo y perseverancia han  
hecho posible cumplir con mi objetivo, como no recalcar siendo los pilares  
fundamentales en mi formación.

A mis hermanos **Paola, Felipe** y **Henry** que fueron mi fuente de inspiración  
para que viendo del ejemplo sigan mis pasos y puedan llegar lejos.

A mi hijo, **Pablo Adrián** que con su sonrisa hacia que todo esfuerzo, así fuera  
el más difícil, valiera la pena.

**SANDRA**



## **AGRADECIMIENTO**

En este presente trabajo de tesis queremos agradecer a Dios y la virgen María por darnos sabiduría y fortaleza para guiarnos y poder culminar nuestro proyecto y hacer realidad nuestro sueño tan anhelado, a la escuela de enfermería por darnos la oportunidad de estudiar en tan prestigiosa facultad y ser ahora unas profesionales.

A nuestra directora de tesis Lcda. Carmen Cabrera Cárdenas y de la misma manera a la nuestra asesora Lcda. Amparito Rodríguez quienes con sus conocimientos, experiencias, paciencia y motivación han logrado que podamos culminar nuestros estudios.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

**ERIKA Y SANDRA**



# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres y según la dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. (1) Debido a ello es necesario continuar desarrollando propuestas con alternativas y espacios que permitan mejorar las condiciones de vida a través de planes, programas y proyectos donde las personas adultas mayores sean activos en un proceso de inclusión social con la familia y la sociedad. (2)

El envejecimiento, definido como un proceso natural de los seres que implica la disminución de la capacidad funcional del ser humano, en donde el deterioro biológico se manifiesta generalmente en enfermedades tanto biológicas como mentales, provoca cambios en las personas y entonces tienen que adaptarse a lo mismo, siendo esto una manera de alterar su salud mental provocando deterioro cognitivo y trastornos como depresión y ansiedad. (3)

Según el marco jurídico de la Constitución de la República del Ecuador del 2008, el adulto mayor tiene derecho a una atención gratuita y especializada de salud, jubilación gratuita, rebajas en servicios públicos y privados de transporte, acceso a una vivienda, el estado establecerá programas de atención que fomentará su autonomía personal conforme estipula en su art. 36 que dice: "Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social, económica, y protección contra la violencia".



Tomando medidas ante el cumplimiento de estos derechos, se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares, en donde garantice su nutrición, salud, educación y cuidado, protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica o cualquier acto de violencia, en el caso de adultos mayores abandonados por sus familiares la ley sancionará, asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. (4)

Si bien es cierto existen políticas que protegen y aseguran una mejor calidad de vida para los adultos mayores, la realidad es otra; tanto así que este grupo vulnerable se encuentra cada vez más excluido socialmente y principalmente de su familia por ser personas dependientes, por esta razón terminan abandonados e ingresados en centros geriátricos, esta situación puede generar en los adultos mayores trastornos psicológicos y patológicos. (5)

Es por eso que la investigación realizada valoró la salud mental y el entorno social del adulto mayor para determinar el grado de funcionalidad y el estado de salud mental para tomar decisiones trascendentales al cuidado del adulto mayor y determinar el tipo de asistencia que requieren los Centros Gerontológicos, analizando los resultados de dicha investigación con los directivos, adultos mayores y personal para el planteamiento de estrategias que ayuden a mejorar la calidad de atención y de vida de los adultos mayores.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con la edad van apareciendo una serie de dificultades para mantener el equilibrio psicosocial o la armonía consigo mismo y con el entorno, la falta de oportunidades, la jubilación obligada, la falta de participación llevan a las personas mayores a sentirse marginadas del acontecer histórico y a experimentar sentimientos de soledad e inutilidad que afectan su autoestima y su capacidad de cuidar de sí mismo. Cuando se produce un desequilibrio y falta de armonía entre el pensar, sentir y actuar, se produce la enfermedad mental. (6)

La salud mental está relacionada con la manera como las personas mayores enfrentan la vejez, con la capacidad que tienen para actuar adecuadamente en



situaciones difíciles, con la capacidad de reconocer sus características positivas y negativas con la aceptación de los cambios físicos inherentes al envejecimiento y con la mantención de una autoestima alta. En la actitud negativa frente a la vida y la imagen negativa de sí mismo influyen la percepción que éste tiene de su imagen y de su actitud, las cuales muchas veces se vinculan con las creencias culturales que se tienen sobre la vejez, creencias que pueden hacerle sentir inútil, pobre, solo, decadente, y desamparado, siendo incapaz muchas veces de realizar acciones de auto-cuidado para mantener su salud. (7)

Las personas mayores con problemas de salud mental pueden presentar síntomas como ansiedad que le puede hacer reaccionar en forma exagerada frente a una determinada situación, temor, tristeza y desgana, cansancio al menor esfuerzo, problemas para dormir, cambios frecuentes del humor, dolor en todo el cuerpo, dolores de cabeza, piernas, cuello, dolores del estómago, consumo de medicamentos en gran cantidad, pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, llanto y aspecto triste, pesimismo, pérdida del apetito e indecisión.

La función cognitiva de un individuo también se ve afectada siendo el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, mala percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo, un gran número de procesos frecuentes en el anciano también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica. (8)

En los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda Centeno, de las ciudades de Azogues y Paute respectivamente, la población adulta mayor ha sufrido el abandono por parte de sus familias, lo que ha provocado



sentimientos de soledad y por ende problemas de posible depresión en los adultos mayores, manifestándose en conductas agresivas y de aislamiento. Además de éstas problemáticas, existen falencias institucionales como ineficiente infraestructural, carencia de programas recreacionales, alimentación inadecuada, no hay políticas que proporcionen la salud mental, el personal no está capacitado para su atención; entre otros. Es por ello que es necesario plantear la interrogante.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los trastornos en la salud mental de los adultos mayores que residen en los centros gerontológicos Rosa Elvira de León y Antonio Granda Centeno durante el año 2017?

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La necesidad de conocer los trastornos en el estado de salud mental de los adultos mayores que residen en los centros geriátricos de los cantones de Paute y Azogues, debido a que existe un gran porcentaje de adultos mayores que atraviesan por enfermedades de carácter emocional y psicológico se logrará con la investigación y ser un referente para la creación e implementación de políticas públicas y sociales encaminadas a promocionar una vejez activa y saludable.

Es importante conocer cuáles son las principales problemáticas que influyen en la salud mental de los adultos mayores para investigar acciones y diseños preventivos para que éste sector de la población pueda alcanzar una vejez plena. Los beneficiarios directos de éste proyecto investigativo serán para los adultos mayores residentes de los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda Centeno. La viabilidad y factibilidad de éste proyecto es gracias a la colaboración del personal que labora en los centros geriátricos antes mencionados.

Los adultos mayores en el Ecuador ha crecido considerablemente constituyendo un grupo prioritario de atención, el envejecimiento se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen



de la misma forma; la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida. (9)

En el Ecuador, de acuerdo a la Agenda de igualdades para Adultos Mayores 2012-2013, extendida por el MIES, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4% correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, el 14,70% de los adultos mayores fueron víctimas de insultos y el 14,9%, víctima de negligencia y abandono. (10)

El presente estudio tiene un apreciable valor, pues la información sobre la realidad de los adultos mayores en relación con la salud mental es escasa y no existe investigaciones locales que destaquen, además los resultados podrán servir para investigaciones futuras.



## CAPÍTULO II

### MARCO REFERENCIAL

#### 2.1 ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud en 1996 afirmó que "los problemas mentales serían la plaga del siglo XXI", considerándolo como un problema de salud a nivel mundial, sobre todo la depresión. El estudio Depression Research in European Society muestra una prevalencia de depresión mayor en pacientes en edades comprendidas entre los 65 a 74 años del 5,4% y del 9,7% en los mayores de 75 años; la prevalencia de la depresión se acerca al 20% en los pacientes institucionalizados, y cuando existen otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, tumores, etc., los porcentajes crecen de manera significativa. En los siguientes estudios poseen una importancia singular relacionada con la Salud Mental, titulado "Prevalencia de depresión en adultos mayores de los Asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011", responsable Jonathan Crespo determinó las siguientes conclusiones: "El cuestionario de Yesavage, fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los Asilos, el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión, el Asilo, que más casos de depresión presentan, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino. (11)

Un trabajo titulado: "Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral Tayta Wasi 2014", de la ciudad de Lima, Martha Licas: con una muestra constituida por 73 adultos mayores, la técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores



que acuden al centro de atención “Tayta Wasi” presentan un nivel de depresión leve. (12)

Otra investigación que también plasma la realidad del adulto Mayor titulada: “Análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores del hogar de ancianos “Santa Catalina Laboure”, año 2012, Mónica Almeida con un muestra de 50 residentes tomados en cuenta para la investigación, 42% presento niveles leves de depresión, el 38% depresión moderada y solo el 20% niveles graves de depresión, estos datos nos pueden indicar que no existe un alto número de depresión en el hogar, pero el simple hecho que más del 50% tenga niveles superiores a 6/15 en la prueba de Yesavage y la mayoría de los niveles leves están en rangos de 4 a 5, significa que se está comenzando a dar casos más graves de depresión y si no son tratados a tiempo pueden ir en aumento, produciendo niveles graves que necesiten tratamientos psiquiátricos para contrarrestar es problema. (13)

## **2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.2.1 MARCO JURIDICO DE PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR**

Recordemos que: “La vejez no es una enfermedad, es la continuación de la vida” y en la medida que los organismos de ejecución de los servicios y derecho de los ancianos, comprendan su rol de acción específica que les compete desarrollar la esperanza de una decorosa existencia para las personas adultas mayores, se convertirán en MAS VIDA A LOS AÑOS Y NO MAS AÑOS A LA VIDA; caso contrario habremos legislado sin fe en la defensa de los Derechos Humanos de la clase más necesitada del Derecho a la Seguridad Social Integral.

En el Ecuador a partir del año 2013 se da la prioridad de construir la Agenda de igualdad para Adultos Mayores, donde se presentan propuestas de estrategias que abarcan el mejoramiento de su calidad de vida. Todo lo nombrado ha tomado en cuenta que el envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a quienes lo viven, sino a la población en su conjunto y la Propuesta de la Política Pública Impulsa como valor supremo, el respeto a la vida y a la dignidad inherente a toda persona y, por tanto, a los derechos que de ellos se desprenden. Por ello se entenderá al fortalecimiento de las relaciones familiares



para que el cuidado del adulto mayor sea asumido por sus hijos/as, nietos/as, en fin su familia. Por tanto, la Agenda de la política para personas adultas mayores procurará que ellas mismas, las instituciones, organizaciones, familia y el entorno social en general, apoyen y defiendan su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual.

Por otro lado la constitución de la República del año 2008, en su artículo 11, numeral 8, expresa que los derechos se desarrollarán de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas.

Ante la violación de cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos esto repercute negativamente en el desarrollo integral de nuestra sociedad a través de la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos. Según los artículos de la constitución 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.

Toda persona que haya cumplido los sesenta y cinco años, se garantizará la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas, el trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. La jubilación será universal con rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley el acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

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 el cumplimiento de lo establecido, se tomará medidas de Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente y una protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se establecerá políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

Existe el desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social la protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones. Se desarrolla programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad en caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas así como también 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. (9)

La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad. En ella se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones Nacionales creadas en la norma, como son el Instituto



Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El Reglamento que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores.

Otras normas legales son: el Código Civil, el Código Penal, el Código de la Niñez y Adolescencia, la ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley del Tránsito, la Ley Orgánica de Régimen Municipal, la Ley Orgánica de Régimen Provincial, la Ley Orgánica de las Juntas Parroquiales, la Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las personas que padecen de diabetes, entre otras.

En el marco de las competencias, el MIES es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores. Para cumplir estos fines, se establecen políticas públicas que se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas adultas mayores; y que toman en consideración su situación actual, a el enfoque de derechos y de justicia que atraviesa y guía la construcción de la Agenda de política para personas adultas mayores es una medida para corregir las desigualdades e injusticias sufridas por hombres y mujeres mayores de 65 años.

Asegurar a las personas adultas mayores el acceso a servicios de salud integral oportuna y de calidad para promover una educación continua, aprendizajes y reaprendizajes permanentes de las personas adultas mayores asegurando el acceso al medio físico, vivienda digna y segura, transporte y servicios básicos fomentando la inclusión económica a través del acceso a actividades productivas que generen ingresos promoviendo prácticas de cuidado a las personas adultas mayores con estándares de calidad y calidez garantizando la universalización del derecho a la seguridad social.

Prevención, protección y atención en todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual, laboral, económica, abandono sin referencia familiar, trata con fines de mendicidad o de cualquier otra índole, negligencia y discriminación



que provoque tales prácticas promoviendo la autoría de las personas adultas mayores en el ámbito familiar y comunitario. (14)

### **2.2.2 FUNDAMENTO TEORICO; LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES**

La salud mental es el equilibrio psicológico que resulta de la interacción del individuo con el medio circundante, y que le permite desarrollar todas sus potencialidades. En la vejez se manifiesta por medio de las formas de integración emocional, ajuste social, identidad e individuación, y perspectivas de vida que asume el anciano en respuesta al déficit y desventajas que debe afrontar en los diversos planos de su existencia, dependiendo esta capacidad de los antecedentes personales y las experiencias vitales acumuladas. (15)

El estado funcional de la persona depende del estado de salud es decir la salud física, estado cognitivo, afectivo y situación social, las diferentes condiciones médicas, psicológicas y sociales interaccionan entre sí provocando una repercusión funcional en cualquier momento evolutivo, además las condiciones de vulnerabilidad o de fragilidad propias de la vejez hace que los déficit físicos, psicológicos y sociales se relacionen entre sí de modo que, a veces, es difícil distinguirlos. (9)

La salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven; es así que Heikkinen (2003), consideraba a la salud mental de los adultos mayores, como la ausencia de enfermedades o síntomas y como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas; sus principales manifestaciones son de origen emotivo como estrés y depresión; en estados más graves o desórdenes mentales severos están la demencia y trastornos de personalidad.

### **2.2.3 CAMBIO FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y COGNITIVOS EN LA VEJEZ**

El proceso de envejecimiento comienza desde el mismo momento en que nacemos y se desarrolla a lo largo de toda nuestra vida. Los cambios físicos

se van dando con gran lentitud, por ejemplo, el sistema piloso se modifica en grosor y espesor, cambios de estatura, el sistema óseo se torna más porosos, se acentúa la curva vertebral (cifosis) y la cavidad torácica disminuye su volumen la talla empieza a disminuir entre los 30 y los 40 años. (16)

Además de los cambios de apariencia existen otros cambios como: Alteraciones de las funciones sensoriales, funciones como el equilibrio, el movimiento y también en la vejez el individuo experimenta cambios de carácter psicológico.

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neo formaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, además de un miedo al pensar o estimar el tiempo que le queda de vida y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera. (17)

**Tabla 1: Principales cambios físicos asociados a los impactos emocionales del adulto mayor.**

IMPACTO FÍSICO	IMPACTO EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none"><li>• El nivel de energía disminuye, menos activo, sube de peso.</li><li>• Se deteriora el sistema del cuerpo.</li><li>• Pérdida de sensores (oído y vista) disminuye el movimiento seguro y la comunicación.</li><li>• Cambios externos: se arruga la piel y se vuelve frágil, canas.</li><li>• Cambios en la masa y la fuerza de los huesos, caídas resultan en lesiones serias la mayoría de veces.</li><li>• Sensibilidad a los aromas, cambios de luz y medicinas causadas por los cambios en los sistemas del cuerpo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pueden disminuir los intereses en pasatiempos/ eventos</li><li>• Temor a la muerte/ aumenta las necesidades religiosas.</li><li>• Se rechazan compromisos sociales, aislamiento conduce a la soledad.</li><li>• Los efectos físicos al envejecer pueden tener un impacto significativo mentalmente, pueden recurrir a cirugías plásticas, etc.</li><li>• Lo vulnerable puede afectar la comodidad, angustia, fe en los extraños.</li><li>• La angustia por lo perdido puede crear depresión severa, independencia, seres amados, etc.</li></ul>

**FUENTE: (Trastornos Psíquicos y emocionales, 2011)**

## 2.2.4 REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

El paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar de las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo social. Entre los primeros destaca



el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo entre otros. La tercera edad es afectada en un principio por el abandono de sus actividades diarias, contacto social; resultado de su jubilación. El Adulto Mayor pasa de ser un protagonista activo de la sociedad a un antagonista de la misma, su nuevo rol se enfoca a su núcleo familiar, donde se establecen e intensifican vínculos afectivos. (18)

La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, donde pierden la mayoría de sus relaciones sociales. La familia se le califica como el mejor recurso de apoyo, ya que se vuelve proveedora principal de cuidados y fuente de sostén emocional para el adulto mayor. Además es el área de vida del adulto mayor más importante para él, junto con la salud y la economía. (19)

El énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también porque es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. Existe un conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

- Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.



- Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.
- Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc. (18)

### **2.2.5 LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES**

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia. (20)

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad. (21)



El abuso forma parte de la vida cotidiana del adulto mayor en los siguientes datos se ven reflejados, *en Ecuador el 14,70% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono (SABE I). Hablar de violencia hacia las personas adultas mayores en el Ecuador podría resultar inconcebible; sin embargo, este tema está presente, hay que hacerlo visible y buscar mecanismos de protección. (4)*

La violencia es tan antigua como la humanidad misma y se reconocen la violencia infantil, contra la mujer y al anciano, fundamentalmente; siendo este último grupo una población en ascenso por las mayores expectativas de vida de los últimos años. Como resultado de ello, el número de casos de abuso en el anciano se incrementará y el impacto de este abuso sobre la salud debe ser considerado de forma adecuada. El abuso físico está definido como actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, e incluye ataduras, empujones, alimentar por la fuerza y uso inapropiado de restricciones físicas o medicación.

Campillo (2002), se refiere al estado del adulto mayor y refiere que se ve afectado por múltiples factores como: *El psicológico o emocional*: es la conducta que causa angustia mental; por ejemplo, amenazas, insultos verbales y no verbales, aislamiento y humillación. *El financiero* es el abuso del dinero o bienes de la persona anciana para ganancia personal del abusador; es como actuar como un ladrón (dinero, cheques de seguridad social, pensiones), o también haciendo uso de la coerción (cambio de testamento o concesión de poderes). *El abuso por negligencia* es el fallo de la persona que está al cuidado del anciano, para proveerle las necesidades básicas de la vida diaria, y esa negligencia puede ser física, emocional o financiera. *La física* puede ser el fallo para proveerle de los espejuelos, la dentadura, las medidas de seguridad y la higiene; la negligencia emocional incluye aquellos fallos para proveer al anciano de estimulación social, como por ejemplo, dejarlo solo por largos períodos; y la *negligencia financiera* se produce con los fallos para usar los recursos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano. *El abuso sexual* está definido como el contacto íntimo no consensual, o la



exposición o alguna otra actividad cuando el anciano es incapaz de dar su consentimiento. (22)

Otro factor importante es el abandono; viene a significar el descuido, la desatención y el aislamiento de las personas encargadas del cuidado de un individuo, y por esta acción se convierte en la falta de un deber, compromiso u obligación para hacer efectivo el derecho de ellos.

Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil, refiriéndose a la productividad ante la sociedad, lo que comienza a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y transforma el trato de hijas e hijos, amistades y parientes cercanos.

En la actualidad, los ancianos son considerados frecuentemente como seres indeseables o considerados una carga para sus familiares. Este rechazo de la persona que envejece contrasta con las sociedades antiguas donde el anciano era venerado y respetado, pero ello ocurría por que la expectativa de vida era menor a la actual, donde no se experimentaban padecimientos crónicos como los actuales que por su implicación económica y dependencia se considera a la persona adulta mayor como un problema para la familia. (23)

Siendo esta la situación se recalcan los siguientes tipos de abandono: El Abandono Físico: ocurre cuando las necesidades básicas del anciano (alimentación, abrigo, aseo, protección, vigilancia) son descuidadas o no atendidas de manera temporal o permanente por ningún miembro de su entorno. El Abandono Emocional y Psicológico: se refiere a la falta de respuestas a las necesidades de contacto afectivo del anciano, ausencia de contacto corporal, como abrazos o caricias y a más de ello la indiferencia que causa graves alteraciones en el adulto mayor. Asimismo existe el abandono total en el que implica que los adultos mayores sean institucionalizados en un centro de cuidado del adulto mayor a manera de evitar responsabilidades. Y de la misma forma existe el abandono en situación de calle en el que se pierde total contacto con el adulto mayor y el desamor se hace evidente, enviándolo fuera de sus propios hogares a padecer carencias en la calle. (24)



## 2.2.6 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS QUE SE PRESENTAN EN LA VEJEZ

El anciano institucionalizado es más vulnerable a padecer depresiones, debido a que la vida en las residencias se hace rutinaria y existe una alta prevalencia de enfermedades crónico – degenerativas provocando monotonía, aburrimiento, ansiedad, baja autoestima que conllevan a enfermedades depresivas, a trastornos de sueño, falta de interés o dificultad para concentrarse. (25)

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia, para el control y despenalización del adulto mayor en sus comunidades. (26)

Por lo que el proceso del envejecimiento cerebral afecta a todos los individuos manifestándose en el anciano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a un ralentiza miento psicomotor y que no interfiere en las actividades de la vida diaria. Hay la dificultad de codificar y recuperar la información para recuerdos a corto plazo, el aprendizaje es más lento y hay una mínima disminución de la memoria inmediata, sin que se afecte la capacidad de almacenamiento; se hace habitual el descenso de la capacidad de atención, aparece una mayor dificultad para afrontar varias actividades mentales a la vez y cambiar de una a otra.

**2.2.6.1 Deterioro Cognitivo.** – Sin enfermedad específica, es la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente



la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria. Los deterioros cognitivos más graves interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria mismas que cuando producen un déficit importante y notorio de la capacidad de relación afectan el aspecto social, familiar, o laboral de un adulto mayor.

También se menciona que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, y la mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con dificultades transitorias para evocar o recordar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, enlentecimiento del pensamiento.

El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores y que en general no afecta a la realización de las tareas habituales del día a día. (27)

Según Queralt, se refiere al deterioro cognitivo resaltando que es; el grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria que presente el paciente cuando ya existe incapacitación para las actividades de la vida diaria.

Entonces plantea las siguientes funciones cognitivas afectadas con el envejecimiento:

- La memoria a corto, medio o largo plazo.
- Las áreas del lenguaje (comprensión, elaboración, vocabulario).
- Las habilidades manuales (praxias).
- Las funciones cerebrales de resolución de problemas o ejecución de acciones.
- Los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente afectados en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales. (28)

**Teorías del envejecimiento cognitivo y el lenguaje:** Se nombran ciertas teorías del envejecimiento:



- **Enlentecimiento:** Uno de los fenómenos mejor establecidos en relación con el envejecimiento cognitivo son las diferencias observadas en la velocidad de procesamiento cuando se compara el desempeño de jóvenes y mayores frente a diferentes tareas.
- **Déficit inhibitorio:** Esta teoría sostiene que el envejecimiento debilita los procesos inhibitorios que regulan la atención sobre los contenidos de la memoria operativa afectando a una amplia gama de actuaciones cognitivas entre las cuales se incluyen la comprensión y producción del lenguaje. Pues la memoria, según esta teoría, no solo debe activar y procesar ciertas unidades de información, sino también debe filtrar los contenidos no pertinentes para que no se produzca interferencia o confusión.
- **Disminución de la capacidad de la memoria operativa:** Como consecuencia del envejecimiento, la memoria operativa, entendida como un sistema de memoria de recursos limitados, dotado de capacidad para almacenar y manipular información, experimenta una disminución en su capacidad de trabajo, hecho que impone limitaciones a la habilidad de las personas mayores para comprender o producir oraciones semántica o sintácticamente complejas.
- **Déficit de transmisión:** Existen muchos cambios cognitivos asociados al envejecimiento debidos al debilitamiento de las conexiones entre las representaciones en la memoria.
- **Déficit sensorio-perceptivo:** La teoría del déficit sensorio perceptivo o de la señal muestra una declinación de los procesos sensoriales y perceptivos asociada al envejecimiento principalmente en audición y visión, produce entradas erróneas o incompletas en las computaciones de bajo nivel implicadas en la codificación fonológica y ortográfica, conllevando a falla o daño en el proceso de selección léxica y en otros procesos. (29)

La realidad clínica dice que algunas personas en edad geriátrica, sin cumplir los criterios diagnósticos de demencia, se quejan de su memoria y en algunos casos se puede objetivar en ellas un leve deterioro cognitivo en los tests de memoria y habilidades. Esta situación recibe, entre varios nombres, la denominación de deterioro cognitivo leve.



*El deterioro cognitivo leve:* se define como el declive de las funciones cognitivas en grado leve, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores y que en general no afecta a la realización de las tareas habituales del día a día. Por su parte, la demencia se caracteriza por la alteración progresiva de la función cognitiva que incapacita a la persona la realización de alguna de estas llamadas actividades de la vida diaria.

Según el grado de déficit que presente cada paciente en los distintos test psicométricos que cuantifican las funciones cognitivas y de función en la vida diaria, se clasificará la enfermedad como deterioro cognitivo leve o demencia (leve, moderada o grave). Las características generales de los grados son las siguientes:

- **Deterioro cognitivo leve:** deterioro leve de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores; a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente.
- **Demencia leve:** se comienza a afectar la situación funcional del paciente. Comienzan a resentirse de forma leve las actividades de la vida diaria. El paciente suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas muy conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta (irritabilidad, mal humor, etcétera).
- **Demencia moderada:** los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporo espacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión.



- **Demencia grave:** la mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con el paciente, no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. (28)

**2.2.6.2 Depresión.** – La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, como parte de las mismas se refieren la “pérdida de la autonomía y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.” (30) La depresión, según la OMS, implica la "presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración". "Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente comparado con los que padecen enfermedades crónicas", destaca el organismo; como enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

Las causas de la depresión son desconocidas, aunque supuestamente son de origen bio-sico-social, tiene una causalidad múltiple con una base biológica y un elemento psicológico importante, y a veces, un componente social. (31)

El paciente en esta situación siente que todo está cuesta arriba; hay una sensación de desamparo, desesperanza, inseguridad, labilidad afectiva, facilidad y recurrencia del llanto sin ningún factor que lo desencadene, también se dan trastornos vegetativos físicos, pudiendo llegar al delirio de pobreza, persecución, hipocondría o de tipo culposo. (31)

En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.



## Síntomas de la depresión en los ancianos

Powell, en su publicación se refiere a que existen muchos de los síntomas usuales de la depresión pueden estar presentes en los ancianos, aunque puede ser difícil de detectar.

Los síntomas como fatiga, inapetencia y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico como resultado, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los ancianos.

Las claves para la depresión en los ancianos pueden abarcar:

- Estar más confundido u olvidadizo
- Comer menos.
- No bañarse o afeitarse con la frecuencia de antes.
- Se puede notar olores de orina o materia fecal.
- La ropa puede estar sucia o arrugada.
- Desorden en casa.
- Suspender los medicamentos o no tomarlos de la manera correcta.
- Aislarse de las demás.
- No hablar mucho.

En la publicación de ClínicaDam, también se muestran las causas probables de la depresión:

- Adaptarse a la mudanza o cambio de hogar o a un centro de la tercera edad.
- Dolor crónico
- Sentimiento de aislamiento o soledad a causa de abandono o muerte de familiares.
- Pérdida de la independencia.
- Enfermedades múltiples.
- Luchas constantes con la pérdida de memoria y problemas para pensar con claridad.

La depresión también puede ser signo de un problema médico. Puede ser una reacción a una enfermedad o se causada por el padecimiento físico. Los



padecimientos físicos que incrementan el riesgo de depresión abarcan: trastornos tiroideos, Parkinson, cardiopatía, cáncer y accidente cerebrovascular y también son un efecto secundario de muchos fármacos comúnmente recetados para los ancianos. (32)

**2.2.6.3 Ansiedad.** - La ansiedad es un estado emocional caracterizado por síntomas de malestar, aprensión y preocupación excesiva que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, viéndose la persona incapaz de controlar este estado de inquietud. (33)

La ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad es debida a una hiperactividad de la función noradrenérgica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro, a nuestra integridad física o psíquica, como una reacción de adaptación y de hiperalerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos y psíquicos. (34)

Síntomas: Se presenta con un aumento de la frecuencia cardíaca, irregularidades ocasionales en el ritmo cardíaco, cambios en la presión arterial, transpiración, trastornos Intestinales, cambios en los niveles de glucosa, tensión muscular generalizada y disminución de la tolerancia al dolor. (33)

Signos: La Ansiedad puede identificarse por crisis de angustia frecuentemente graves y por una agitación general que podría no estar relacionado con alguna situación particular o un factor estresante inmediato. La crisis de angustia suele durar desde unos pocos segundos a más de una hora. (35)

### ***Causas del trastorno de ansiedad generalizada***

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

Los factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de tener ansiedad en la edad adulta son: género mujer, enfermedades médicas crónicas, vivir solo o divorciado, baja escolaridad, eventos estresantes a lo largo de la vida,



limitación física en actividades de la vida diaria y neocriticismo, de igual manera, los contactos sociales escasos y la soledad son los factores de mayor peso que predisponen a ansiedad, por lo que se recomienda realizar una historia clínica social en la valoración del adulto mayor. (36)

La ansiedad concurrente significa una patología psiquiátrica más grave en sujetos adultos con depresión. A menudo, los pacientes se refieren a sí mismos como ansiosos o nerviosos pero la evaluación meticulosa revela depresión como patología de base. Algunos enfermos pueden mostrarse excesivamente ansiosos aun cuando niegan ansiedad. Asimismo, pueden aparecer crisis de angustia y ansiedad fóbica, como agorafobia, que aumentan considerablemente la incapacidad y complican la terapia. En cambio, la obsesión y el comportamiento compulsivo no son comunes en individuos de edad avanzada con depresión.

En el diagnóstico diferencial se incluyen alteraciones de la conducta que pueden registrarse en pacientes con demencia (con depresión o sin ella). A su vez, los múltiples fármacos que habitualmente reciben los enfermos de edad avanzada los predisponen a síntomas de ansiedad relacionados con la terapia. La interrupción del tratamiento con benzodiazepinas puede simular un desorden de ansiedad.

La ansiedad se asocia con manifestaciones depresivas más graves y con menor funcionamiento social en personas de edad avanzada. Además, estos individuos pueden tener mayor somatización cuando están ansiosos. No es infrecuente que refieran dolor precordial, palpitaciones, cefalea, sudoración y trastornos gastrointestinales.

Más importante aún, los síntomas de ansiedad en sujetos con depresión pueden incrementar las ideas suicidas; un estudio confirmó un mayor índice de suicidios en enfermos ancianos con depresión y ansiedad. Los síntomas somáticos aumentan aún más el riesgo. Estas observaciones son particularmente importantes porque los individuos de edad avanzada tienen el mayor índice de suicidio consumado que cualquier otro grupo de edad. (37)



Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia alta y cuyos resultados son variables, según los estudios. Los trastornos de ansiedad del anciano en general tienen una prevalencia de 5-10%, siendo los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias las más frecuentes. Varios autores destacan la alta comorbilidad de los trastornos de ansiedad generalizada en el adulto mayor con la depresión, específicamente con la depresión mayor. Los diversos estudios epidemiológicos nos señalan que varios factores están relacionados con el envejecimiento: aislamiento social, descenso de la autonomía, dificultad económica, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, entre otros por lo que esto nos haría prever un incremento de los trastornos de ansiedad en los ancianos. (38)

**ANSIEDAD SOMÁTICA:** El término "Ansiedad somática" se refiere a los cambios físicos que ocurren en el cuerpo cuando una persona experimenta ansiedad extrema a causa de síntomas físicos como el dolor o la fatiga. La persona tiene pensamientos intensos relacionados con los síntomas que interfieren con su vida diaria, no finge sus síntomas. El dolor y los demás síntomas son reales. Pueden ser provocados por un padecimiento de salud. A menudo no se puede encontrar una causa física. Sin embargo, el problema principal es la reacción extrema y los comportamientos relacionados con los síntomas cardiovasculares, musculares, respiratorios, digestivos, urinarios y sensoriales. (39)

#### **Manifestaciones Somáticas:**

La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo.

**Síntomas cardiocirculatorios:** Palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco.

**Síntomas gastrointestinales:** dolor en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.



**Síntomas respiratorios:** apnea, paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada.

**Síntomas genitourinarios:** micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria.

**Síntomas neurológicos:** mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias.

Se trata de un trastorno psicoemocional, cuando se experimenta como una cognición, una valoración llena de dudas respecto de la propia seguridad o de la capacidad social. La ansiedad es un mecanismo natural de alerta y adaptación al medio que en general ayuda a afrontar las situaciones que se nos presentan en la vida (El estado de desasosiego y temor es una respuesta a la pérdida futuras). Cabe resaltar la diferencia que existe un objeto real que se configura como amenazante y que justifica la puesta en alerta del organismo, los mismos que le permitan defenderse de una agresión como: taquicardia, sudoración, temblor y todo un sistema alerta. En el caso de la ansiedad no existe peligro real que permita entender este gasto de energía. La valoración de amenaza que realiza el individuo depende de cogniciones que le hacen catalogar la situación como peligrosa. (40)

**ANSIEDAD PSÍQUICA:** La ansiedad en personas que la padecen, se manifiesta mediante síntomas físicos y psíquicos:

**Manifestaciones Psíquicas:**

**Sentimiento de temor:** Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro.

**Sensación de tensión:** El sujeto se encuentra nerviosos, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse.

**Alteraciones cognitivas:** Debido al elevado estado de activación, disminuye la atención y aparece distracción, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.

**Alteraciones de sueño:** Retraso de conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.

**Alteraciones del comportamiento:** El sujeto ansioso se vuelve malhumorado, irritable y adopta una actitud hipervigilante.



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la salud mental de adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda. 2016

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores.
- 2) Determinar el estado de salud mental de los adultos mayores.
- 3) Identificar la frecuencia de enfermedades mentales de los adultos mayores.

## CAPÍTULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el que se describirá las enfermedades mentales que aquejan a los adultos mayores residentes de los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda Centeno durante el año 2016.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en los centros geriátricos Rosa Elvira de León en la ciudad de Azogues, Provincia del Cañar y Antonio Granda Centeno de la ciudad de Paute, Provincia del Azuay, durante el año 2016.

#### 4.3 UNIVERSO

Se trabajó con el Universo finito constituido por 61 residentes de los centros gerontológicos Rosa Elvira de León y Antonio Granda. De los cuales 50 participantes fueron aptos para la aplicación de las diferentes escalas, y 11 no participaron por discapacidad auditiva, visual y analfabetos.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### Criterios de Inclusión

- Pacientes con 65 años o más.
- Adultos Mayores con tres meses de residencia y firmen el consentimiento informado.

##### Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas o ausentes



#### 4.5 VARIABLES

Las variables utilizadas fueron: Salud mental (Deterioro Cognitivo, Depresión, Ansiedad), edad, sexo, estado civil, instrucción.

#### 4.6 METODOS

En la presente investigación se aplicó el método inductivo- descriptivo.

Técnicas: Revisión documental de historias clínicas y valoración de salud mental mediante el uso de escalas (ver anexo 1)

Instrumentos: Escalas aplicadas a los adultos mayores residentes de los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda Centeno

#### 4.7 PROCEDIMIENTOS

Se tramitó el permiso de las dos instituciones que participaron en la investigación (ver anexo 3). La supervisión del presente trabajo de investigación fue por parte de la Magister Carmen Cabrera Cárdenas y para su valoración se utilizaran las siguientes escalas:

**Escala del deterioro cognitivo (MINIMENTAL):** Cuestionario que evaluó la condición cognitiva e indicios de demencia asociada a la edad, incluyendo 6 pruebas que en un total alcanza un puntaje máximo de 19 y a partir de esta puntuación se forman dos categorías de deterioro cognitivo: No sugiere deterioro cognitivo puntaje entre 14 y 19, y si sugiere déficit cognitivo de 13 puntos o menos.

**Escala de depresión geriátrica Yesavage modificada:** Evalúa la tendencia a problemas de depresión entre adultos mayores, esta escala incluye 15 ítems que cuestionan sobre el sentir de la persona con respecto a satisfacción con su vida, actividades que realiza, como ha estado su ánimo, preocupaciones, etc. Se contribuye sumando un punto cuando el adulto mayor responde si a las preguntas 2,3,5,7,8,9,11,13,14 y cuando responde no a las preguntas 1,4,6,10,12 y 15. Según la interpretación de este test se forman las siguientes categorías: No depresión de 0-5 puntos, probable depresión de 6-9 puntos, depresión establecida de 10 o más.



**Escala de ansiedad de Hamilton:** El test está valorado de acuerdo a cada ítem de 0 a 4 puntos, valorando los tipos de ansiedad somática y psíquica obteniendo además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Mientras más intensidad mayor puntuación indica la ansiedad.

#### **4.8 PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS**

La recolección de datos se efectuó en los centros geriátricos Rosa Elvira de León de la ciudad de Azogues y Antonio Granda del cantón Paute.

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó los programas de Microsoft Word, Excel 2010 y el programa estadístico SPSS 20 en donde se empleó la estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia simples.

#### **4.9 ASPECTOS ETICOS**

Se realizó un consentimiento informado (ver anexo 2) a los adultos mayores que cumplen con el criterio de inclusión, en el cual se brindó la información detallada sobre el estudio y además se pidió autorización.

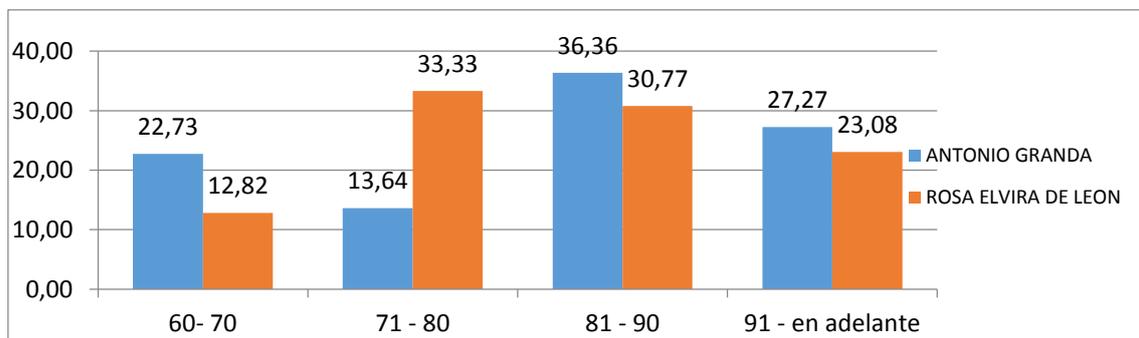
En ningún momento se divulgaran los nombres de los adultos mayores valorados con ninguna entidad pública o privada que no formen parte de la presente investigación, pues se utilizara solo para el presente estudio y se facultara a quien crea conveniente la verificación de la información a fin de precautelar su derecho a la confidencialidad de información.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

**Gráfico 1. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según edad, Paute – Azogues, 2016**

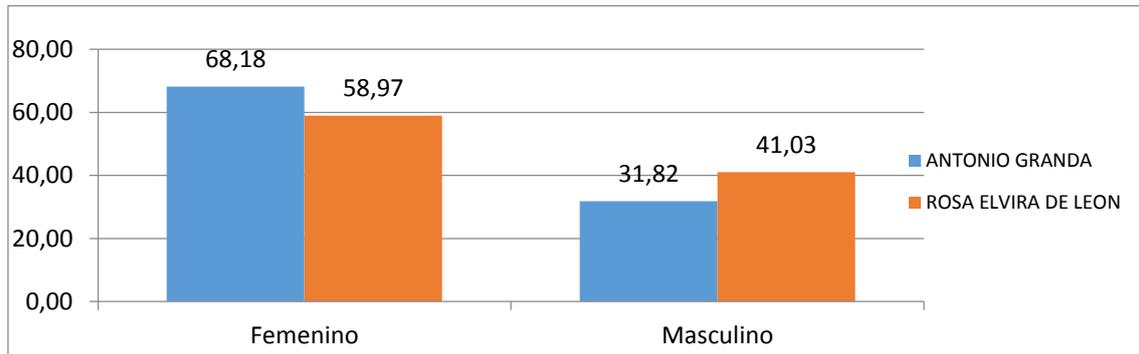


**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** El gráfico muestra que los adultos mayores, de 81-90 años son del 36,36% que pertenecen al Centro Geriátrico Antonio Granda, de 91 años en adelante un 27,27%, de 60-70 años un 22,73% y el grupo menos representativo de 71-80 años con un 13,64%, la situación no es la misma en el Centro Geriátrico Rosa Elvira de León pues en mayor número se encuentra constituida por edades de 71-80 años siendo un 33,33%, de 81-90 años un 30,77%, de 91 en adelante un 23,08% y en menor cantidad de 60-70 años un 12,82%. Nos da un total de 61 adultos mayores encuestados, siendo la edad el factor importante en el estudio de la salud mental conforme avanza su vida.

**Gráfico 2. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según sexo, Paute – Azogues, 2016**

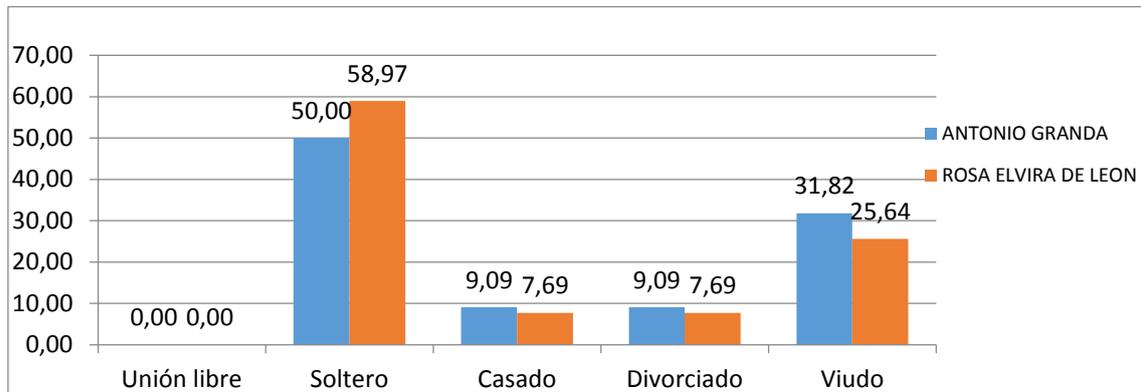


**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** Del gráfico observado el 68,18% está comprendido del sexo femenino y un 31,82% del sexo masculino, en el Centro Gerontológico Antonio Granda y un 58,97% del sexo femenino y un 41.03% de sexo masculino en el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León. Existiendo una población de estudio mayor del sexo femenino, en los dos centros geriátricos.

**Gráfico 3. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según estado civil, Paute – Azogues, 2016**

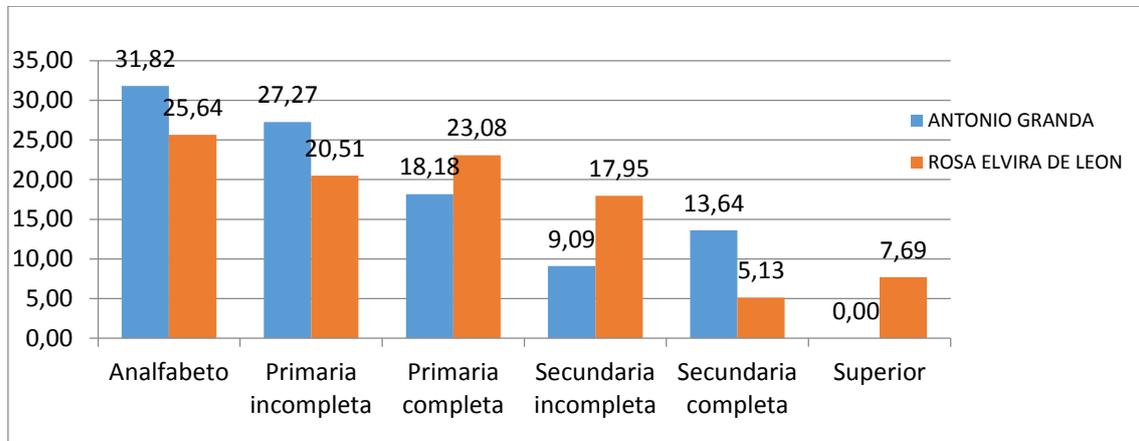


**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** El gráfico muestra que el 58,97% de los adultos mayores residentes en el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León son solteros y un 25,64% son viudos, de igual manera muestra el Centro Gerontológico Antonio Granda con 50,00% son solteros y un 31,82% son viudos, siendo la mayoría que no tiene una pareja de convivencia.

**Gráfico 4. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según escolaridad, Paute – Azogues, 2016**



**FUENTE:** Encuestas y formularios

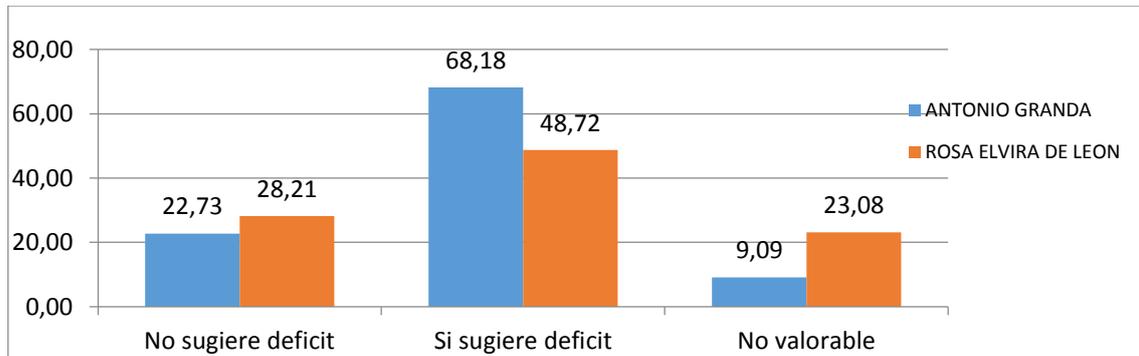
**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:**

El 31,82% de los adultos mayores son analfabetos, perteneciente al Centro Gerontológico Antonio Granda, el 27,27% primaria incompleta y 18,18% primaria completa y en menor porcentaje 13,64 secundaria completa, en consideración con el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León el 25,64% es analfabeto, el 20,51% primaria incompleta y en menor cantidad 7,69% superior. Reflejando que la mayoría de los adultos mayores carecen de instrucción educativa pues no cumplen con educación básica y se consideran analfabetos según la UNAE porque no cumple con la educación básica.

## 5.2 DESCRIPCIÓN DE LA SALUD MENTAL

**Grafico 5. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según deterioro cognitivo, Paute – Azogues, 2016**

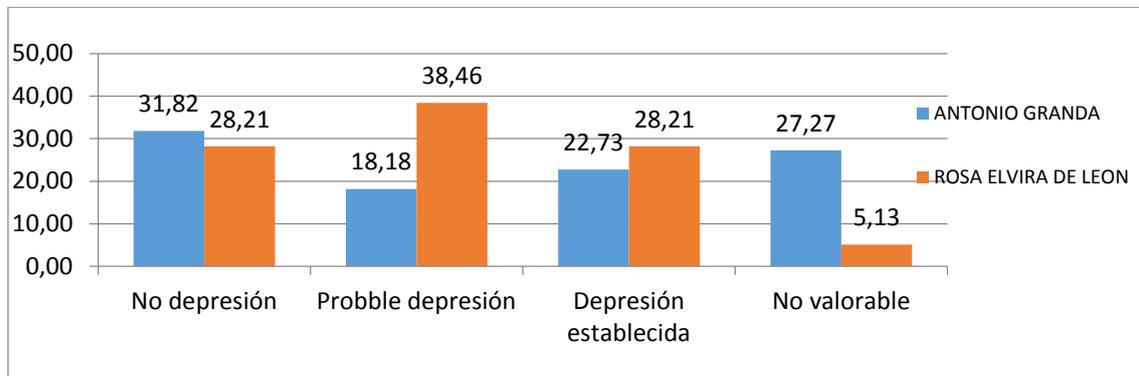


**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** La valoración del Deterioro Cognitivo se ve reflejado en un 68,18% si sugiere déficit en el Centro Gerontológico Antonio Granda, 22,73% no sugiere déficit, y un 9,09 no es valorable, podemos observar que los valores son similares en el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León con 48,72% que si sugiere déficit, 28,21% no sugiere déficit, 23,08% no es valorable. Teniendo resultados que los adultos mayores se ven afectados por el deterioro cognitivo.

**Grafico 6. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según escala de depresión geriátrica, Paute – Azogues, 2016**

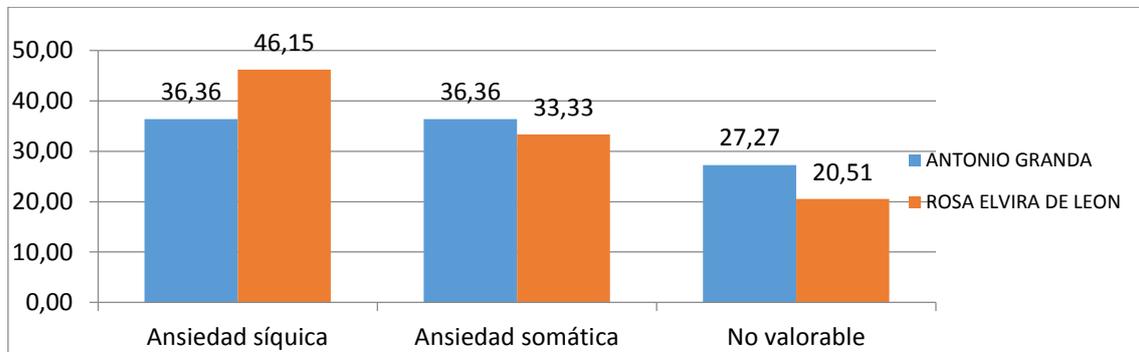


**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** En lo que respecta a la escala de Depresión Geriátrica, el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León con 38,46% tiene probable depresión, un 28,21% depresión establecida y un 5,13% no se pudo valorar, la situación es similar en el Centro Gerontológico Antonio Granda, 18,18% tiene probable depresión, 28,21% depresión establecida, en menor porcentaje de 27,27% no valorable, la depresión aqueja a los adultos mayores de ambos centros.

**Grafico 7. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según escala de ansiedad de Hamilton, Paute – Azogues, 2016**



**FUENTE:** Encuestas y formularios

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** Según el gráfico el Centro Gerontológico Rosa Elvira de León un 46,15% de Ansiedad Psíquica, 33,33% de Ansiedad Somática y un 20,51% no valorable, con porcentajes similares está el Centro Gerontológico Antonio Granda un 36,36% Ansiedad Psíquica, un 36,36% Ansiedad Somática y un 27,27% no valorable, los valores obtenidos nos indican que la Ansiedad está presente en los adultos mayores.



**TABLA 1: SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS ROSA ELVIRA DE LEÓN Y ANTONIO GRANDA, PAUTE- AZOGUES, 2016**

VALORES ENCONTRADOS	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deterioro Cognitivo	15	68,18	19	48,72	34	55,74
Depresión	5	22,73	11	28,21	16	26,23
Ansiedad síquica	8	36,36	18	46,15	26	42,62
Ansiedad somática	8	36,36	13	33,33	21	34,43

**FUENTE:** Encuestas

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** Según los siguientes valores encontrados el Deterioro Cognitivo afecta en un 68,18% a los adultos mayores del centro geriátrico Antonio Granda, la ansiedad Psíquica y Somática en un 36,36% y en menor porcentaje de 22,73% la Depresión, en cambio en el Centro Geriátrico Rosa Elvira de León el Deterioro Cognitivo es de 48,72% siendo el trastorno que más afecta a los residentes del lugar, luego se encuentra la Ansiedad Psíquica con 46,15%, la Ansiedad Somática en un 33.33%, y la Depresión en un 28,21%.

**TABLA 2: RIESGO DE LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS, PAUTE-AZOGUES, 2016**

ESCALAS DE VALORACIÓN	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Escala de Deterioro Cognitivo</i>				
Normal	5	22,73%	11	28,21%
Riesgo	15	68,18%	19	48,72%
<i>Escala de Depresión Geriátrica</i>				
Normal	7	31,82%	11	28,21%
Riesgo	5	22,73%	11	28,21%
<i>Escala de Ansiedad de Hamilton</i>				
Riesgo	6	27,27%	8	20,51%
Ansiedad psíquica	8	36,36%	18	46,15%
Ansiedad somática	8	36,36%	13	33,33%

**FUENTE:** Encuestas

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade.

**Análisis:** De los adultos mayores valorados se puede observar que el centro geriátrico Antonio Granda un 22,73% no tienen deterioro cognitivo, el 68,18% están en riesgo de deterioro cognitivo, un 31,82% no depresión, un 22,73% en riesgo de depresión, 36.36% tienen ansiedad psíquica y un 36.36% ansiedad somática, en cambio el centro gerontológico Rosa Elvira de León un 28,21% no tienen deterioro cognitivo, y un 48,72% están en riesgo de deterioro cognitivo, 28,21% no depresión, el 28.21% están en riesgo de depresión, 46.15% tienen ansiedad psíquica y un 33.33% ansiedad somática.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

En la actualidad en nuestro país, no existen suficientes estudios realizados sobre las diferentes enfermedades de la salud mental que atraviesa el adulto mayor al ser institucionalizado y abandonado por sus familiares. El adulto mayor institucionalizado es más vulnerable a padecer deterioro en la salud mental debido a que la vida en las residencias se hace rutinaria y existe una alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas provocando monotonía, aburrimiento, además trastornos mentales como deterioro cognitivo, depresión y ansiedad, siendo esto un verdadero problema que debe tomarse en consideración en los centros geriátricos, debiendo evaluarlos de manera correcta por un equipo multidisciplinario para no confundirlas con patologías intercurrentes propias de la edad. Pero no basta con tener una mayor expectativa de salud y bienestar, se requiere un tiempo para promover un envejecimiento activo a fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores puesto que debemos fomentar el autoestima y la dignidad, además el pleno gozo de sus derechos humanos. En la actualidad los cambios sociales traen consecuencias, influyendo negativamente en las condiciones de vida y estado de salud de aquellos que envejecen, dado principalmente por respuesta a los cambios biológicos propios del adulto mayor, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social.

A continuación se detalla las características sociodemográficas de 22 adultos mayores del centro gerontológico Antonio Granda Centeno y 39 del centro Rosa Elvira de León, dando un total de 61 residentes. El centro gerontológico Antonio Granda se encuentra comprendido en su mayoría en edades de 81-90 años (36,36%). El género de mayor representación es el femenino siendo un 68,18%. Según el estado civil se destaca un 50% son solteros, 32,82% son viudos. En cuanto al nivel de escolaridad un 31,82% son analfabetos. La situación es similar en el centro gerontológico Rosa Elvira de León estableciendo por edades de 71-80 años siendo un 33,33%. El género representativo es el femenino en un 58,97%. El estado civil conforma un 58,97% de solteros y un



25,64% de viudos. El nivel de escolaridad es de 31,82% establecido por analfabetos.

El 55,74% de los adultos mayores tienen un Deterioro Cognitivo, el 68,18% en el Centro Antonio Granda y el 48,72% en el Centro Rosa Elvira de León. También se obtuvo que un 31,15% presenta una probable depresión, el 29,51% no presenta depresión, el 26,23% adolece de depresión establecida sumándose en los dos centros geriátricos y el 13,11% está en la categoría de no valorable, se observa que en el establecimiento Rosa Elvira de León tiene un porcentaje más alto. El 42,62% de los adultos mayores del estudio presentan una ansiedad Psíquica, el 34,43% una ansiedad somática.

Con la presente investigación la salud mental de los adultos mayores está afectada en un 55,74% con deterioro cognitivo, el 34,43% con ansiedad Psíquica, un 27,87% con ansiedad somática, y en menor porcentaje de 13,11% con depresión, cabe recalcar que existe un porcentaje que deberíamos tomar en acción de 31,15% que tienen probable depresión.

Podemos decir que los dos centros gerontológicos tienen un perfil sociodemográfico similar al dato que se relaciona en la investigación de Cevallos (2013), en la Universidad Central del Ecuador, titulado: Exclusión del adulto mayor en programas sociales de la Parroquia de Cono coto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida, donde se observa que la mayor parte de adultos mayores no viven con su pareja a causa de la viudez y el ser soltero, al realizar la investigación se pudo observar que las variables anteriormente descritas afectan la salud mental causando deterioro cognitivo, depresión y ansiedad. (41)

En un estudio de Cardona y García (2016) titulado: "Estado de Salud del adulto mayor de Antioquia", Colombia, 2016, se encuestaron a 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, se observó que el 73,7% de los adultos mayores encuestados no registran riesgo de depresión, sin embargo, la prevalencia del riesgo es de 26,3% distribuidos entre un 16,2% con riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo de depresión establecida. De acuerdo a la escala de ansiedad, el 34,4% de los adultos mayores presentaron riesgo de ansiedad. Además para



ver si existe riesgo de deterioro cognitivo, se encontró que el 83,2% presentan algún grado de deterioro, principalmente leve (46,9%). (42)

En relación nuestro estudio el 55.74% se encontró que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo esto debido a la edad cronológica, al declive de las funciones como escribir, leer y la memoria habiendo resultados similares en una investigación realizada por Rivera, Méndez y Molero (2012) titulada: “Análisis de Factores Relacionados con el Deterioro Cognitivo en una muestra de Población Geriátrica”, México. Se realizó pruebas para detectar el declive cognitivo por medio de la escala Mini-Mental State Examination (MMSE) donde se seleccionó una muestra de 62 adultos mayores, con edades comprendidas entre los 60 y los 96 años, el estudio detecto un porcentaje de deterioro cognitivo del 37%. Respecto al envejecimiento fisiológico, éste suele caracterizarse por un incremento en la variabilidad interindividual de funciones cognitivas tales como la orientación, la memoria, el lenguaje, la percepción, las habilidades visuoespaciales o la atención. La educación, el grado y la frecuencia de actividad, la calidad de vida y los factores genéticos son, entre otros, factores que pueden influir en el devenir de las distintas capacidades intelectuales con la edad. (43)

Se obtuvo que el 31,15% presenta una probable depresión, el 29,51% no presenta depresión, el 26.23% adolece de depresión establecida sumándose en los dos centros geriátricos esto debido al abandono de sus familiares, si bien es cierto tienen compañeros pero esto no iguala al entorno familiar que anteriormente tenían sumándose la falta de afectividad. Existiendo resultados que se corroboran con el trabajo de investigación de Martha Licas “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral Tayta Wasi” Lima-Perú, 2014, donde la muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde el 58% tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % con depresión normal y finalmente el 19% con un nivel de depresión severo. (12)

Otro estudio similar es “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los Asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Deleg de la provincia del



Cañar, en el año 2011”, responsable Jonathan Crespo determinó las siguientes conclusiones: “El cuestionario de Yesavage, fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los Asilos, el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión, el Asilo, que más casos de depresión presentan, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud considera que la depresión será la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas para el año 2020. (44) Es una enfermedad grave que no sólo afecta el estado de ánimo, sino que también puede conducir a un deterioro funcional y cognitivo. En los adultos mayores, la depresión afecta principalmente a las personas con padecimientos crónicos y causa sufrimiento, ruptura familiar y discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades y aumenta la mortalidad.

El 42,62% de los adultos mayores del estudio presentan una ansiedad Psíquica, el 34,43% una ansiedad somática debido al estar solos lejos de su familia, sentir el abandono y el temor a la vida rutinaria en los centros de acogida. Existe un estudio realizado por Uribe y Molina (2007) en su estudio “Salud Objetiva y Salud Psíquica en adultos mayores” en Colombia, en una muestra de 500 personas de 65 y 81 años determinaron una salud objetiva 12,18% y salud psíquica de 21,42%. (45) Donde se puede decir que la salud psíquica predomina en los dos estudios. De esta manera, teniendo en cuenta los resultados, se puede decir que la salud del adulto mayor debe entenderse desde su integralidad, abarcando los cambios físicos de esta etapa, igualmente, la percepción que el adulto mayor tenga de su estado de salud, ya que esto



puede repercutir en el mejoramiento de sus patologías y del estilo de vida que lleve.

La prevalencia de enfermedades mentales aumenta con la edad, pues allí pueden confluir personas con patología mental de inicio en la juventud y personas que desarrollan enfermedades mentales siendo adultas mayores, donde factores como: aislamiento social, disminución de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, etc., se relacionan con el envejecimiento, por lo que se ve un aumento de los trastornos mentales en los adultos mayores. Así mismo, estos trastornos son generalmente atípicos en ellos y muchas veces también son sub diagnosticados.

Al finalizar el presente proyecto de investigación resaltamos la importancia de las distintas oportunidades y de recursos como determinantes para la resolución de la problemática de la salud mental, es decir de nuevos proyectos, políticas públicas, redes de apoyo familiar y social para el adulto mayor. En este sentido cabe destacar la mayor prevalencia de adultos mayores viudos y solteros, siendo la gran parte que no tienen familiares cercanos que velen por su bienestar y cuidado. Dentro de los aspectos de vital importancia del estudio está la incidencia de trastornos mentales en los dos centros Gerontológicos, en especial el alto índice de deterioro cognitivo, y considerar las acciones de prevención y promoción de la salud mental.



## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

- La salud mental de los adultos mayores existe más porcentaje con un 55,74% con deterioro cognitivo, el 34,43% con ansiedad Psíquica, un 27,87% con ansiedad somática, y en menor porcentaje de 13,11% con depresión, cabe recalcar que existe un porcentaje que deberíamos tomar en consideración de 31,15% que tienen probable depresión. Los resultados obtenidos evidencian que de una u otra forma los adultos mayores sufren trastornos mentales.
- A pesar que los adultos mayores están lejos de sus familiares no presenta depresión elevada sin embargo hay un porcentaje que presenta probable depresión.
- La mayoría de Adultos Mayores tienen edades entre los 71-90 años esto corresponde a que en el centro Antonio Granda tienen de 71-80 y Rosa Elvira de León de 81-90.
- Los Centros Geriátricos se encuentran conformados en su mayoría por mujeres y solteros. Según el nivel de Escolaridad se puede decir que de los dos Centros Geriátricos carecen de instrucción educativa considerándose analfabetos pues según la UNAE pues no cumplen con educación básica.
- El 55,74% de los adultos mayores se sugiere que tienen un Deterioro Cognitivo, el 68,18% en el Centro Antonio Granda y el 48,72% en el Centro Rosa Elvira de León, mientras que el 26,23% no alcanzan los valores determinados en la escala y un 4,92% no pudieran ser valorados por discapacidad visual auditiva y analfabeto. En lo que respecta a la escala de depresión geriátrica un 31,15% presenta una probable depresión, el 29,51% no presenta depresión, el 13,11% adolece de depresión establecida y el 13,11% está en la categoría de no valorable,



se observa que en el establecimiento Rosa Elvira de León tiene un porcentaje más alto.

- El 42,62% de los adultos mayores del estudio presentan una ansiedad Psíquica, el 34,43% una ansiedad somática, mientras el 22,95% no se pudo valorar por presentar discapacidad auditiva y visual.

## 7.2 RECOMENDACIONES

La realidad que vive el adulto mayor institucionalizado es imperceptible, los cambios y pérdida de roles que enfrenta, requiere una serie de estrategias y modelos de apoyo que afronten y resuelvan los trastornos mentales, en este contexto las instituciones y profesionales quienes brindan cuidados geriátricos deben ser las figuras principales quienes tomen cartas en el asunto del estado clínico psicoemocional del adulto mayor.

Se sugiere que el personal que se encuentra a cargo del manejo de los adultos mayores realizar periódicamente talleres, ejercicios físicos y terapias para poder de alguna manera contribuir a mejorar el estado mental y emocional que en la mayoría de los ancianos sufre alteraciones.

Que el presente trabajo investigativo como modelo, para que en lo posterior se realice una nueva investigación y evaluar nuevamente a los adultos mayores tanto el estado mental como el estado emocional y así poder determinar la influencia de los centros gerontológicos en el bienestar de los adultos mayores que allí residen. Además creemos conveniente que en conjunto con el MIES se debe establecer la creación de redes de apoyo familiar y social para que el adulto mayor no se sienta abandonado y excluido de la sociedad que lo rodea, y más bien sienta que tiene apoyo de su familia y personas que colaboran con el cuidado directo resguardando sus necesidades.



## 7. BIBLIOGRAFIA

### 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

#### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. [Documento].; 2013 [cited 2016 Marzo 8. Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
2. Rosales Rodriguez R, García Dias RdIC, Quiñones Macias E. Estilos de vida y autopercepción sobre las salud mental en el adulto mayor [Documento].: Medisan; 2014 [cited 2016 Abril 8. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es).
3. Uribe Rodríguez F, Valderrama Orbegozo J, Molina Linde M. Google Academico. [Online].; 2007 [cited 2017 Enero Miércoles. Available from: <http://repository.ucatolica.edu.co:8080/handle/10983/555>.
4. Soliz Carrión D. [Documento].; 2012 [cited 2016 Abril 9. Available from: [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf).
5. Belesaca Zhunio MS, Buele Calderón AV. Google Académico. [Online].; 2016 [cited 2017 enero Jueves. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
6. Megías Lizancos F, Segarra D. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Segunda ed. Madrid: D.A.E (grupo paradigma); 2009.
7. Sequeira Daza D. Envejecimiento y Salud Mental [Documento]. Granada; 2011 [cited 2017 enero martes. Available from: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>.
8. Varela L, Cháves H, Galvez M, Mendez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional [Documento].; 2004 [cited 2016 Marzo 8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>.
9. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la Republica del Ecuador [Documento].; 2008 [cited 2016 Marzo 8. Available from: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf).
10. Soliz Carrión , Flores G, Santi León F. Agenda de igualdad para Adultos Mayores. Segunda ed. Quito; 2012.
11. Crespo J. Repositorio de la Universidad de Cuenca [Tesis]. Cuenca; 2012 [cited 2016 Abril 3. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>.
12. Licas M. unmsm.edu.pe. [Online]. Lima; 2014 [cited 2017 enero 13. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4159?mode=full>.



13. Almeida M. puce.edu.ec. [Online].; 2013 [cited 2017 Enero 13. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7224/8.14.001676.pdf?sequence=4>.
14. Álvarez Yáñez P, Martínez Padilla D. Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria. Primera ed. Quito; 2008.
15. Manrique C, Vasquez Olcese CE. Salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento: un estudio en ancianos de clase. Revista Latinoamericana de psicología. 1993; III(25).
16. Mishara BL, Riedel R. El proceso del envejecimiento. Primera ed. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2000.
17. Pacheco Sanchez MA. REPERCUSIÓN DEL ABANDONO EN EL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR QUE RESIDE EN EL ASILO DE ANCIANOS HOGAR SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA. [Documento]. Loja; 2016 [cited 2016 Noviembre Lunes. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/9878/1/TESIS%20MANUEL%20ANIBAL%20PACHECO%20SANCHEZ.pdf>.
18. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Scielo. [Online].; 2003 [cited 2017 enero martes. Available from: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9\\_JMGSHNVMO.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf).
19. Cornachione Larrínaga MA. Psicología del Desarrollo, aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Primera ed. Córdoba: Brujas; 2010.
20. Salud OMDI. Scielo. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero Jueves. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
21. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Documento].; 2016 [cited 2016 Febrero Lunes. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
22. Campillo Motilval R. Scielo. [Online].; 2002 [cited 2017 Febrero Lunes. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0236.pdf>.
23. Fuentes García MI, García Garro. Scielo. [Online].; 2003 [cited 2017 enero Miércoles. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031g.pdf>.
24. Osorio Cruz G. Scielo. [Online].; 2007 [cited 2017 Enero Sábado. Available from: <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10594/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf?sequence=1>.
25. Gualán C. Repositorio de la Universidad Nacional de Loja [Documento]. Loja; 2011 [cited 2016 Abril 12. Available from: [dspace.unl.edu.ec/./Claudia%20Alejandrina%20Gualán%20Chalán.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/./Claudia%20Alejandrina%20Gualán%20Chalán.pdf).



26. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo. Deterioro cognitivo en la tercera edad [Revista Cubana].; 2004 [cited 2016. Available from: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20\\_5-6\\_04/mgi125\\_604.htm#cargo](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm#cargo).
27. Robalino. Instituto de Neurociencias, Junta de Beneficencia de Guayaquil. [Online].; 2012 [cited 2017 Enero Martes. Available from: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>.
28. Queralt M. Salud, Canales Mapfre. [Online].; 2016 [cited 2017 enero miercoles. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>.
29. VELIZ M, RIFFO B, BEAT A. ENVEJECIMIENTO COGNITIVO Y PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE: CUESTIONES RELEVANTES. [Documento].; 2010 [cited 2017 Enero Miércoles. Available from: [http://www.scielo.cl/pdf/rla/v48n1/art\\_05.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rla/v48n1/art_05.pdf).
30. Urrutia Amable , Villarraga García C. Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos [Documento].; 2010 [cited 2016 Febrero Martes. Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm>.
31. Pilco Cargua MP. Repositorio Esponch. [Online].; 2011 [cited 2016 Marzo 13. Available from: <http://dspace.esponch.edu.ec/bitstream/123456789/2049/1/104T0012.pdf>.
32. CliniDam. Google Académico. [Online].; 15 de agosto de 2010 [cited 2017 diciembre Domingo. Available from: <https://www.clinicadam.com/salud/5/001521.html>.
33. Burke MM, Wals MB. Enfermería Gerontológica. Segunda ed. Alvarez J, editor. España: Harvourt ; 1998.
34. Merino Aguado J. Google Académico. [Online]. [cited 2017 enero Lunes. Available from: <http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer/articulos/ANSIEDAD%20Y%20ALZHEIMER.htm>.
35. Fernández A. Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. 2014;; p. 1-14.
36. Instituto Mexicano de Seguro Social. Google avanzado. [Online]. [cited 2016 noviembre Martes. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GRR.pdf>.
37. Lenze E, Mulsant BH. "Síntomas de Ansiedad en Pacientes Ancianos con Depresión. ¿Cuál es el Mejor Abordaje Terapéutico?" [Revista].; 2012 [cited 2016 enero Miercoles. Available from: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/geriat165web.htm>.
38. Trastornos del humor [Documento]. Colombia; 2011 [cited 2016 Febrero Lunes. Available from: <http://www.lundbeck.com/co/comunidad/pacientes/trastornos-del-humor/trastornos-de-ansiedad>.



39. Trastorno de síntomas somáticos [Documento].; 2015 [cited 2017 Febrero Martes]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000955.htm>.
40. Palacio A. Grupo B Administración Especial de la Generalitat Valenciana. In. España: MAD- EDUFORMA; 2010. p. 84-665-6174-9.
41. Cevallos Sarzosa A. Exclusión del adulto mayor en programas sociales, de la Parroquia de Conocoto, período 2011-2012 y sus efectos en la calidad de vida. [Documento]. Quito; 2013 [cited 2017 febrero Lunes. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1408/1/T-UCE-0013-TS25.pdf>.
42. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Cano Sierra M. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia [Documento]. Colombia; 2016 [cited 2016 Febrero Lunes. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es\\_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf).
43. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque M, Cano Sierra M. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia [Documento].; 2016 [cited 2017 Febrero Martes]. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es\\_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf).
44. Organización Mundial de la Salud. Salud mundial: retos actuales [Documento]. [cited 2017 febrero Lunes. Available from: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>.
45. URIBE RODRÍGUEZ AF, VALDE , MOLINA LINDE J. SALUD OBJETIVA Y SALUD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES COLOMBIANOS [Documento].; 2007 [cited 2017 Febrero sabado. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000100008).
46. Cabezas V. Repositorio Universidad Técnica de Ambato [Documento].; 2014 [cited 2016 Abril 3. Available from: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas,%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf>.
47. Cunningham D, Ponzi M, Jimenez J, Siles J, Lynch E, Patrick Quim P. La Mala Conciencia de la Modernidad Bellas Adcdl, editor. Madrid: Ediciones Arte y Estetica; 2009.
48. Torres Vidal R, Gran Álvarez M. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública.: Rev Cubana Salud Pública; 2005 [cited 2017 02 11. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es).



## 7.2 BIBLIOGRAFÍA:

García MV, Rodríguez C, Toronto AM. Enfermería Geriátrica. Primera ed. Acebes E, editor. Barcelona-España: Ediciones DAE; 2012.

Carnevali DL, Patrick M. Tratado de Geriatria y Gerontología. Segunda ed. Mexico,D.F.: Interamericana S.A de C.V.; 1988.

Álvarez E, Merida A, Carrasco JL, Caballero L, Fernandez P, et.al. Psiquiatría en atención primaria. Primaria ed. Vazquez-Barquero JL, editor. Madrid España: Grupo Aula Médica, S. A.; 1998.

Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de la ansiedad. Primera ed. Editores L, editor. Washintong y Londres, Reino Unido: American Psiquiatric Publishing, Inc.; 2002.

C. de Alba Romero AGICLGALS. Actividades preventivas en los ancianos GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS. 2001 2001; 28(II).

Alvear MTd. Fundamentos de Medicina Osteopática. 2nd ed. Buenos Aires Editorial Panamericana; 2006.

Nancy L. Mace PVR. Cuando el día tiene 36 horas: Una Guía para cuidar enfermos con Alzheimer, pérdida de memoria y demencia senil México: Editorial Pax México; 2009.

Natalia Ojeda XPRSPSIEEEMGJE. La Predicción del Diagnóstico de Esquizofrenia España: Deusto Publicaciones; 2009.



## 8. ANEXOS

**ANEXO # 1:** Formulario de recolección de datos.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERIA.**

SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS ROSA ELVIRA DE LEON Y ANTONIO GRANDA DURANTE EL 2016

**OBJETIVO:** Evaluar el estado de salud mental de los adultos mayores que residen en los centros geriátricos.

**INSTRUCTIVO:** Con letra de imprenta o legible sírvase anotar en los espacios en blanco lo que se solicita.

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre y Apellidos: .....

No de Identificación: .....

Edad (en años) ..... Sexo: F..... M.....

Residencia:(ciudad, parroquia, calle)  
.....

Peso: (Kg)..... Talla: (cm).....

IMC.....



ESCALAS DE VALORACIÓN  
EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

1. **Por favor, dígame la fecha de hoy.** Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes \_\_\_\_\_

Día del mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Día semana \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

2. **Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.** Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol: \_\_\_\_\_

Mesa: \_\_\_\_\_

Avión: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

3. **Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9** Al puntaje máximo de 5 se les reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: \_\_\_\_\_

Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1

Total: \_\_\_\_\_

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

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada.

**Toma papel:** \_\_\_\_\_

**Dobla:** \_\_\_\_\_

**Coloca:** \_\_\_\_\_

**Total:** \_\_\_\_\_

5. **Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.** Anote un punto por cada objeto recordado.

**Árbol:** \_\_\_\_\_

**Mesa:** \_\_\_\_\_

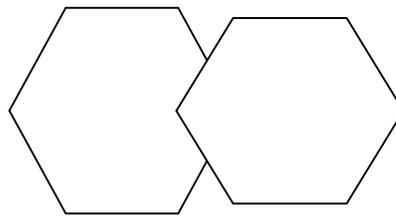
**Avión :** \_\_\_\_\_

**Total:** \_\_\_\_\_

**Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento**

6. **Por favor copie este dibujo:**

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto.



**Incorrecto:** \_\_\_\_\_

**Correcto:** \_\_\_\_\_

**Puntaje:**

**Puntuación máxima = 19 puntos**





Entre 14 y 19 no sugiere déficit cognitivo

13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA YESAVAGE MODIFICADA**

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

**PUNTAJE:**

No depresión (0-5)

Probable depresión (6-9)

Depresión Establecida (10 o más)

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

<b>SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>AUSENTE</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MUY GRAVE INCAPACITANTE</b>
1. Estado de ánimo ansioso.					
2. Tensión.					
3. Temores.					
4. Insomnio.					
5. Intelectual (cognitivo)					
6. Estado de ánimo deprimido.					
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b>					
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>					
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b>					
<b>10. Síntomas respiratorios.</b>					
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b>					
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b>					
<b>13. Síntomas autónomos.</b>					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)					

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
Puntuación total	



## ANEXO # 2: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

“SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS ROSA ELVIRA DE LEÓN Y ANTONIO GRANDA. 2016”

Yo Sandra Elizabeth Amón Togra portadora de la C.I 0105791545 y Erika Mariela Andrade Guallpa portadora de la C.I 0301584454 Egresadas de la Carrera de Enfermería y autoras del presente protocolo solicita su autorización para la ejecución de la presente investigación.

La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma va acompañada inevitablemente, de pérdidas físicas y mentales, así como de auto insuficiencias económicas, afectivas y de compañía, lo cual influye en la calidad de vida del adulto mayor. De este modo, la autopercepción de la salud mental constituye un importante aporte a su estado de salud; la calidad de vida, por lo tanto, abarca aspectos físicos, afectivos y sociales.

El propósito de determinar el grado de funcionalidad y el estado de salud mental para tomar decisiones trascendentales al cuidado del adulto mayor determinar el tipo de asistencia que requiere los Centros Gerontológicos y analizar los resultados de la investigación a los directivos, adultos mayores y personal para el planteamiento de estrategias que ayuden a mejorar la calidad de atención y de vida de los adultos mayores.

Los datos a recolectarse se relacionan con las evaluaciones de deterioro cognitivo, depresión y ansiedad. Por lo que no habrá riesgos para usted porque no causará daño físico ni psicológico, los beneficios que brindará está presente investigación será a los adultos mayores de los centros geriátricos, así como también a las instituciones para la implementación de políticas de salud orientadas a la promoción y prevención de la salud sin descuidar la recuperación de los problemas para lograr el bienestar y mejorar la calidad de vida. Se guardará absoluta confidencialidad de la información no se divulgarán



los nombres de los adultos mayores valorados con ninguna entidad pública o privada que no formen parte de la presente investigación, pues se utilizara solo para el presente estudio y se facultara a quien crea conveniente la verificación de la información.

Los derechos y opciones que tiene usted como participante será que puede retirarse o no colaborar con la investigación sin tener problema alguno.

Si usted está de acuerdo en formar parte de esta investigación, le solicitamos se digne firmar o colocar su huella digital en el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

FIRMA..... FECHA.....

HUELLA..... FECHA.....

FIRMA..... FECHA.....

FIRMA..... FECHA.....



**ANEXO # 3: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Salud mental	La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.	Enfermedades mentales o Trastornos funcionales	Deterioro cognitivo	Leve, moderado, severo.
			Depresión	Leve, moderado, severo.
			Ansiedad	Ausente, leve, moderado, grave, muy grave.
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento.		Número de años.	Adulto mayor maduro: 65–74 años. Adulto mayor: 75–84 años. Anciano mayor: 85 años Nonagenarios Centenarios
Sexo	Conjunto de caracteres biológicos que diferencian a todas las especies.	Fenotipo	Características distintivas presentes en la cédula de identidad.	Femenino Masculino
Estado civil	Unión o matrimonio entre dos personas de distinto género	Situación Conyugal	Estado	Unión Libre Soltero Casado Divorciado Viudo



Instrucción	Conjunto de aprendizajes adquiridos durante la vida escolar	Aprendizaje escolar	Niveles Educativos aprobados legalmente	Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior
-------------	---	---------------------	---	--

**ANEXO # 4:** Tabulación de datos.

**Tabla 1. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según edad, Paute – Azogues, 2016**

EDAD	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60- 70	5	22,73	5	12,82	10	16,39
71 – 80	3	13,64	13	33,33	16	26,23
81 – 90	8	36,36	12	30,77	20	32,79
91 - en adelante	6	27,27	9	23,08	15	24,59
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade



**Tabla 2. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según sexo, Paute – Azogues, 2016**

SEXO	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	15	68,18	23	58,97	38	62,30
Masculino	7	31,82	16	41,03	23	37,70
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade

**Tabla 3. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según estado civil, Paute – Azogues, 2016**

ESTADO CIVIL	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Unión libre		0,00		0,00	0	0,00
Soltero	11	50,00	23	58,97	34	55,74
Casado	2	9,09	3	7,69	5	8,20
Divorciado	2	9,09	3	7,69	5	8,20
Viudo	7	31,82	10	25,64	17	27,87
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade



**Tabla 4. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según estado escolaridad, Paute – Azogues, 2016**

ESCOLARIDAD	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeto	7	31,82	10	25,64	17	27,87
Primaria incompleta	6	27,27	8	20,51	14	22,95
Primaria completa	4	18,18	9	23,08	13	21,31
Secundaria incompleta	2	9,09	7	17,95	9	14,75
Secundaria completa	3	13,64	2	5,13	5	8,20
Superior	0	0,00	3	7,69	3	4,92
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade

**Tabla 5. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según deterioro Cognitivo, Paute – Azogues, 2016**

DETERIORO COGNITIVO	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sugiere déficit	5	22,73	11	28,21	16	26,23
Si sugiere déficit	15	68,18	19	48,72	34	55,74
No valorable	2	9,09	9	23,08	11	18,03
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade



**Tabla 6. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según escala de depresión geriátrica, Paute – Azogues, 2016**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No depresión	7	31,82	11	28,21	18	29,51
Probable depresión	4	18,18	15	38,46	19	31,15
Depresión establecida	5	22,73	11	28,21	16	26,23
No valorable	6	27,27	2	5,13	8	13,11
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade

**Tabla 7. Distribución de los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, según escala de ansiedad de Hamilton, Paute – Azogues, 2016**

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	ANTONIO GRANDA		ROSA ELVIRA DE LEON		TOTAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad síquica	8	36,36	18	46,15	26	42,62
Ansiedad somática	8	36,36	13	33,33	21	34,43
No valorable	6	27,27	8	20,51	14	22,95
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>61</b>	<b>100,00</b>

**FUENTE:** Encuestas y formularios.

**ELABORACIÓN:** Las Autoras: Sandra Amón, Erika Andrade