

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO/A**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE
CUENCA. DICIEMBRE 2018 - AGOSTO 2019.**

AUTORA:

Verónica Targelia Mendieta Farfán

DIRECTOR:

Dr. Jorge de Jesús Buelvas Muza

ASESOR:

Dr. Gabriel Anibal Hugo Merino

CUENCA – ECUADOR

AÑO 2019



CENTRO DE IDIOMAS

RESUMEN

Introducción: Los adultos mayores pueden padecer problemas físicos y mentales, por cambios propios del envejecimiento, motivo por el cual la depresión afecta de forma silenciosa al adulto mayor, puede coexistir con otras comorbilidades frecuentes en este grupo de edad y exacerbar sus síntomas.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018- agosto 2019.

Metodología: Es un estudio prospectivo, observacional de corte transversal, en 113 adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca, los datos se obtuvieron mediante encuestas con aplicación de la escala de Depresión Yesavage y el índice de comorbilidad de Charlson. La información se procesó con SPSS 24.0. Se valoró la relación entre la presencia de depresión y los factores de riesgo mediante Odds ratio y Chi cuadrado.

Resultados: la prevalencia de depresión fue 48,67 %, la media de edad fue 76,6 con 55,8 % de mujeres. Los factores asociados a depresión fueron edad de 75-84 años con 54,8%; predominando adultos mayores viudos con nivel de instrucción ninguno, procedentes de la Costa, y tiempo de internación mayor de un año. La alta comorbilidad mostro una relación estadística significativa con la presencia de depresión, predominando artrosis y Diabetes Mellitus.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en los adultos mayores de los centros geriátricos fue alta, y la presencia de alta comorbilidad fue el factor asociado que influyó de manera significativa en la aparición de depresión.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, ADULTO MAYOR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, ARTROSIS.



CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Introduction: Senior citizens may suffer physical and mental problems, due to aging changes, this is why depression affects them silently, it can coexist with other common comorbidities in this age group and exacerbate their symptoms.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with senior citizens' depression from Cuenca's geriatric centers. December 2018- August 2019.

Methodology: It is a prospective, observational, cross-sectional study in 113 senior citizens from Cuenca's geriatric centers, the data were obtained through surveys using the Yesavage Depression scale and the Charlson comorbidity index. The information was processed with SPSS 24.0. The relationship between the presence of depression and risk factors was assessed using Odds ratio and Chi square.

Results: the prevalence of depression was 48.67%, age average was 76.6 from which 55.8% were women. The factors associated with depression were age 75-84 years with 54.8%; predominantly elderly widowers with no education level, coming from the Coast, and hospitalization time greater than one year. The high comorbidity showed a significant statistical relationship with the presence of depression, predominantly arthrosis and Diabetes Mellitus.

Conclusions: The prevalence of depression in senior citizens in geriatric centers was high, and the presence of high comorbidity was an associated factor that significantly influenced depression's onset.

KEYWORDS: DEPRESSION, SENIOR CITIZEN, ARTERIAL HYPERTENSION, DIABETES MELLITUS, ARTHROSIS.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INDICE.....	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	8
AGRADECIMIENTO.....	9
DEDICATORIA.....	10
CAPÍTULO I.....	11
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
CAPÍTULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1 ANTECEDENTES.....	15
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS	16
2.2.1.1 Concepto	16
2.2.4 Depresión en el Adulto Mayor.....	18
2.2.5 Factores asociados a Depresión	18
2.2.6 Síntomas y Diagnóstico	22
2.2.7 Medición del nivel de Depresión	22
2.2.9 Tratamiento.....	24

CAPITULO III	25
3. HIPÓTESIS.....	25
3.1 OBJETIVOS.....	25
3.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
CAPITULO IV	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	25
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
4.3. MÉTODOS, TECNICA E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS.....	27
4.4 MEDIDAS ESTADÍSTICAS.....	28
4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESO BIOÉTICOS.....	28
4.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	29
CAPITULO V	30
5. RESULTADOS.....	30
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	30
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30
5.3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	31
CAPITULO VI	39
6. DISCUSIÓN.....	39
CAPITULO VII	42
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA.....	42
7.1 CONCLUSIONES.....	42
7.2 RECOMENDACIONES.....	42

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	51
ANEXO N° 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
ANEXO N° 2: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE CUENCA57	
ANEXO N° 3: OFICIO DE BIOÉTICA	60
ANEXO N° 4: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN	61
ANEXO N° 5: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO	61
ANEXO N° 6: INFORME CENTRO DE IDIOMAS.....	62
ANEXO N° 7: RÚBRICA DE PRIMER PAR REVISOR	63
ANEXO N° 8: RÚBRICA DE SEGUNDO PAR REVISOR	64
ANEXO N° 9: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA	65
ANEXO N° 10: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN	66



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Verónica Targelia Mendieta Farfán, con cédula de identidad número 0106033608, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE 2018-AGOSTO 2019", de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de agosto de 2019

Verónica Targelia Mendieta Farfán

C.I.: 0106033608



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Verónica Targelia Mendieta Farfán, autora del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE 2018- AGOSTO 2019, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 30 de agosto de 2019

Verónica Targelia Mendieta Farfán
C.I.: 0106033608



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Verónica Targelia Mendieta Farfán, con cédula de ciudadanía N° 0106033608 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "Prevalencia y factores asociados a depresión en los centros geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018- agosto 2019., mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores residentes en los centros geriátricos de Cuenca; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 30 de agosto de 2019

Verónica Targelia Mendieta Farfán

C.I.: 0106033608

AGRADECIMIENTO

Son numerosas las personas que debo agradecer por ayudarme a obtener este logro muy importante en mi vida.

Ante todo, a Dios que me guio con su luz para seguir adelante, a mis padres ya que fueron mi inspiración, a mi tutor y asesor quien compartió todas sus experiencias y conocimientos sobre este trabajo de investigación y a todos los docentes por haberme guiado en el proceso de formación como estudiante.

DEDICATORIA

Al culminar mi carrera deseo dedicar este trabajo que refleja toda mi dedicación, esfuerzo y humildad: a Dios por haberme dado salud y la sabiduría para continuar con mis estudios y a mis padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

A la depresión se la considera como una patología que presenta una alta prevalencia y que afecta a millones de personas a nivel mundial, siendo uno de los grupos más vulnerables en padecer ésta enfermedad, los adultos mayores (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a 121 millones de personas globalmente, de los cuales solo un pequeño porcentaje tiene acceso a un tratamiento adecuado, incrementándose de forma acelerada, sobre todo si va de la mano con otras enfermedades médicas o situaciones de estrés. Se estima que, en el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (2).

Tenemos que comprender, que la depresión no es parte del proceso normal del envejecimiento, genera un alto grado de incapacidad en el adulto mayor, debido a que no es una tristeza normal que todo el mundo ha experimentado, sino que se trata de una enfermedad que debe ser identificada y tratada a tiempo (3). Los síntomas de la depresión pueden tener más presentación somática, junto con una alta comorbilidad con otras condiciones físicas, crean un verdadero desafío para el diagnóstico (4). Existen algunos factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor como: biológicos, psicológicos y sociales (3).

En el adulto mayor institucionalizado la presencia de depresión puede incrementarse, ya que, al encontrarse internado, presenta mayor vulnerabilidad, aislamiento, falta de acompañamiento familiar, social y en algunas ocasiones maltrato físico y mental; motivo por el cual necesitara, procesos de adaptación emocionales y sociales adicionales, que pueden generar una marcada tristeza, abandono y soledad (5).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial la población está envejeciendo rápidamente, se espera que para el año 2015 y 2050, la población de adultos mayores se duplique, pasando de 12 a 22%, es decir de 900 millones a 2 000 millones, por esta razón debe ir de la mano una mejor calidad de vida y mejores servicios de salud en estos años (6).

En Ecuador, hay 17 096 789 millones de habitantes, el 10 % corresponde a las personas mayores de 60 años. Es decir, hay un total de 1.709 mil adultos mayores en Ecuador, el 53% son mujeres y el 47% son hombres (7) (8).

A medida que transcurre el tiempo, es común ver como el adulto mayor es aislado del núcleo familiar, cabe recalcar que en la antigüedad el adulto mayor era considerado una persona llena de experiencia, conocimiento, disfrutaba de privilegios que la misma sociedad y entorno familiar le generaba, en la actualidad esta población se va volviendo invisible, va perdiendo cierto roles que ocupaba en la estructura familiar, creando situaciones de tristeza, que si no es reconocida a tiempo puede convertirse en depresión (9).

La prevalencia de depresión en Latinoamérica es variada. En México, se encuentra entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes mayores de 65 años hospitalizados. En Colombia encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores (8).

Un estudio descriptivo transversal realizado en Cuba, constituido por 48 adultos mayores internados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley", en el que se utilizó una encuesta para la búsqueda de depresión utilizando tres preguntas orales (EPD-3PO) y la utilización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 preguntas), dio como resultado que el 60 % de los pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles (10).

Un estudio realizado en 17 000 adultos mayores, utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13.8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria (8).

En la provincia del Azuay, se realizó un estudio en 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba, los datos se obtuvieron mediante la aplicación de la escala validada de Depresión Yesavage, la prevalencia de depresión fue del 14,7% con una media de edad de 73,7 años; con el 66.7% de mujeres, casados en el 40% (11).

Un estudio realizado en la Ciudad de Quito, en 50 adultos mayores residentes del Hogar Santa Catalina Laboure, presentó el 42% niveles leves de depresión, el 38% depresión moderada y un 20% niveles graves de depresión (12).

Un estudio realizado en México en 182 adultos mayores con diabetes mellitus, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosemberg y la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se identificó autoestima alta en 36 y 19% ($p < 0.01$) y depresión en 34 y 56% ($p = 0.004$) de los adultos mayores (13).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por tal motivo se ha creído conveniente realizar esta investigación que trata de ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca? Diciembre 2018- Agosto 2019.?

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El Ministerio de Salud Pública lleva a cabo el Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, el cual promueve el bienestar mediante la mejora de acciones para un envejecimiento saludable y activo, teniendo en cuenta que la atención médica, diagnóstico, pronóstico y prevención de la depresión no implica solo la calidad de atención y sus costos derivados, sino también el impacto que genera sobre los pacientes y sus familias, motivo por el cual es pertinente y justificable la investigación en esta área (14).

La ley del Adulto Mayor, en el Art 2, garantiza el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa (14), por lo tanto, es importante para el cumplimiento de esta ley, el conocimiento de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en este grupo de edad, presentándose de 34 -47% (8) y de esta manera identificar si existe un vínculo anatómico-funcional directo que pueda generar depresión, por tal motivo la investigación en esta área es importante.

El presente trabajo de investigación está orientado a brindar información válida y confiable sobre la prevalencia y factores asociados a la depresión en adultos mayores, resultados que serán expuestos a todo el personal médico en formación, para que de esta manera tomen conciencia y puedan reconocer signos tempranos de esta patología y darle la importancia respectiva. Además, la información obtenida puede emplearse como base para futuros estudios de intervención y para un posible repositorio y uso de la universidad.

Además la importancia de este trabajo se encuentra en que no existen muchos estudios predecesores que revelen cual es la prevalencia de depresión en adultos mayores en nuestro país y provincia, motivo por el cual será herramienta que nos ayudara a obtener valiosos resultados, los beneficiarios directos son los adultos mayores, y los indirectos su familia ya que ellos deberán contribuir a mejorar la calidad de vida de estos, así mismo se debe mejorar la calidad de atención de enfermería como de otros trabajadores de la salud, para poder identificar de forma más temprana este problema de salud mental que hoy en día se ha convertido en una de las enfermedades con mayor prevalencia.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

La depresión en adultos mayores forma parte de un problema de salud pública en la actualidad, en estos últimos años se han publicado muchos estudios sobre su prevalencia, diagnóstico y tratamientos. Es importante conocer que son varios factores los que van a dar paso a que se desarrolle esta enfermedad, como el ambiente social y demográfico, entre otros; se observa que, en relación al género, la prevalencia se ve aumentada en el sexo femenino y que también según aumenta la edad puede encontrarse en igual proporción en hombres y mujeres (8).

En el Ecuador mediante la encuesta de SABE, la prevalencia de depresión en adultos mayores se encuentra en un porcentaje del 39% (4). En la provincia del Cañar se realizó un estudio con la aplicación del test de Yesavage a 84 adultos mayores que residen en casas de reposo, de los cuales, 33 varones presentaron 69,70% de depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentaron depresión (15).

Un estudio realizado en México, en 24 residentes de la Casa Hogar para Ancianos María Domínguez viuda de Álvarez, en el cual el 21% se encontró moderadamente deprimido y el 29% severamente deprimido, datos que se obtuvieron con la aplicación de la escala geriátrica de Yesavage (16).

En Colombia, Antioquia se analizaron 4248 registros de adultos mayores de 60 años, en el que se determinó la prevalencia de depresión en un 21.6 %, la edad fluctuó entre 60 y 112 años con predominio del 72,8 % de mujeres, además el 63,8 % informó haber enfermado o consultado en los últimos cuatro meses, siendo la hipertensión arterial la enfermedad con mayor prevalencia en un 53,5 % (17).

Claramente se puede ver que la prevalencia de depresión en residencias geriátricas es muy elevada, pero así mismo hay una gran dispersión en los datos, que se debe en parte a la diversidad de los centros, por lo tanto, se puede hallar estudios que muestran una prevalencia del 14 % y otros estudios que incluso alcanzan un 70 % (18).

Un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado en Ecuador en la ciudad de Guayaquil, en 80 adultos mayores de 65 años, utilizando la escala de Yesavage dio como resultado que 62 adultos mayores presentaron depresión ligera, para un (77,5%), seguido de 12 con depresión acentuada, para un (15%) y 6 (7,5%) adultos mayores no reflejaron tener síntomas depresivos (19).

La depresión geriátrica se ve aumentada al asociarse a otras enfermedades frecuentes en este grupo de edad, un estudio realizado en Cuba en 70 adultos mayores de la casa de abuelos, con edades entre los 60 y 90 años. Los resultados obtenidos fueron que el 43 % presentaron depresión de los cuales El 100% de los adultos mayores presentó antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no trasmisibles como fueron la hipertensión arterial (75%) presentaron este padecimiento, igual cantidad padecen diabetes mellitus (75%) y, asma bronquial (45%) (20).

2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1 Adulto Mayor

2.2.1.1 Concepto

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), está considerado como adulto mayor, toda persona con una edad mayor a los 60 años, en el Ecuador sin embargo se le considera entre 65 años o más (21).

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimientos, etc (22).

2.2.2 Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la depresión como un trastorno emocional y mental, caracterizado por presentar síntomas de tristeza, desinterés, falta de concentración, baja autoestima, sensación de culpa injustificada, fatiga, cansancio, desorden en el apetito y sueño; presenta una

magnitud y duración mayor en comparación a una persona afligida o angustiada por una situación en concreto (23).

2.2.3 Tipos de Depresión

- **Trastorno depresivo mayor:** caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para el diagnóstico no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni debidos a enfermedad médica (24). Además, se puede presentar trastornos de depresión mayor: especificador “con características mixtas y especificador “con patrón estacional” (25).
- **Trastorno depresivo persistente o distimia:** estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de y la mayoría de los días durante al menos 2 años, además se acompaña de al menos otros dos síntomas como: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (25).
- **Trastorno depresivo no especificado:** trastornos con síntomas que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor ni para distímico, entre los cuales encontramos: (24)
 - Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor (24).
 - Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (24).
 - Trastorno depresivo inducido por una sustancia: provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento, la exposición a un tóxico (25).

- El trastorno disruptivo por desregulación anímica: se caracterizaría por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta, en el cual la característica central sería la irritabilidad crónica (24).

2.2.4 Depresión en el Adulto Mayor

La depresión como síndrome geriátrico se manifiesta con frecuencia y genera un alto grado de incapacidad, además de acrecentar la mortalidad, es considerado una de las principales consultas médicas en este grupo de edad, está asociada a una alteración a nivel funcional, que se da quizás por una alteración emocional debida al declive en la función física y cognitiva (26).

2.2.5 Factores asociados a Depresión

Entre los factores asociados podemos encontrar biológicos, psicológicos y sociales, los cuales a su vez pueden actuar como factores determinantes, predisponentes, mantenedores y desencadenantes de la depresión (8).

2.2.5.1 Factores Biológicos

La depresión tiene un efecto sistémico, los adultos mayores deprimidos presentan mayor tendencia a padecer enfermedades, debido a que esta patología genera alteraciones neurológicas, hormonales e inmunológicas por lo que son considerados factores predisponentes que podrían generar depresión (11).

Hipertensión arterial y Depresión

Se define como hipertensión a la elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias ya sea sistólica, diastólica o ambas, es una de las enfermedades crónicas con gran impacto en la morbi-mortalidad de la población, representa casi el 13 % de la mortalidad mundial (27).

La hipertensión arterial en el adulto mayor, es la primera causa de consulta ambulatoria, junto con la depresión generan un verdadero problema de salud pública, se considera que 3 de cada 10 pacientes con hipertensión presentan depresión (28).

Los factores juegan un papel significativo para la aparición de hipertensión arterial, cabe mencionar factores biológicos propios del envejecimiento y factores psicológicos, los cuales han cobrado mayor fuerza a lo largo de los años, produciendo un 8% de las causas de hipertensión arterial resistente, entre los factores psicológicos que más intervienen se encuentra la depresión, trastorno de ansiedad crónica y los ataques de pánico (27)

Al incrementarse la esperanza de vida a su vez genera un aumento en la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, por este motivo se realizó en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas un estudio observacional transversal en adultos mayores residentes de la colonia las Granjas en donde se entrevistaron a 214 individuos mayores de 60 años, reportando una incidencia 38.3% de hipertensión de los cuales 34.3% presentó depresión (29).

Depresión y Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus, es un trastorno metabólico que genera un estado de hiperglicemia producido por una alteración en la secreción de la insulina, presenta un problema de salud pública cuya incidencia y prevalencia va aumentando, y según la Organización Mundial de la Salud, se estima que en 2030 su prevalencia en América Latina habrá aumentado en 250% (30).

El envejecimiento por sí mismo constituye un factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus por los cambios biológicos que se van produciendo en órganos y sistemas, los cuales aumentan la vulnerabilidad para padecerla (13).

Se ha presentado con mucha frecuencia cuadros de depresión que acompañan a pacientes con Diabetes Mellitus, que puede generalmente aparecer a raíz del conocimiento del diagnóstico, debido a la instauración rápida de cambios inesperados del estilo de vida, para el correcto control de la enfermedad, la limitación de muchas actividades producidas por incapacidades físicas generadas por la misma, las frecuentes visitas al médico especialista, la toma continua de medicamentos, generando situaciones de estrés en el paciente diabético, que da como resultado la aparición de un cuadro depresivo (31).

La evidencia es cada vez mayor de que ambas patologías comparten orígenes biológicos, particularmente la sobreactivación de la inmunidad innata que conduce

a una respuesta inflamatoria mediada por citoquinas, y potencialmente a través de desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (28).

En la población general la presencia de depresión se encuentra entre un 5-10 % con una aparición de casos nuevos del 13 %, la cual aumenta de forma significativa en pacientes con diabetes mellitus presentando una prevalencia de 30 al 65 %(32).

Artrosis y Depresión

La artrosis u osteoartritis es una enfermedad reumática habitual presente en millones de personas en el mundo, siendo las personas de edad media y adultos mayores los más propensos a padecerla, afectando principalmente las rodillas, caderas, las articulaciones de los dedos, región cervical y lumbar de la columna. La presencia de dolor, las deformidades generadas por la presencia de los nódulos, así como la limitación de la movilidad que ocasiona en las articulaciones, provoca el cese de varias actividades de la vida diaria, generando estados de depresión en este grupo vulnerable de edad (33).

Déficit visual, auditivo y Depresión

El adulto mayor con déficit visual tiene mayor dificultad al cumplir con las actividades de la vida diaria, la pérdida de visión se ha asociado a una peor salud autopercebida, peor calidad de vida y a un incremento de déficit cognitivo y de depresión en población mayor de 65 años (34) (35).

El déficit sensorial auditivo va a influir negativamente sobre la calidad de vida de las personas mayores generando interrupción sobre la capacidad para comunicarse, afectando el estado de ánimo y el nivel de participación con su entorno social y familiar, independientemente del estado cognitivo y físico del adulto mayor, lo que, a largo plazo, y en la mayoría de casos, dará como resultado un trastorno depresivo (36).

2.2.5.2 Factores Sociales

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida, motivo por el cual estos actúan como factores mantenedores (37).

Abandono y Depresión

En la actualidad el ritmo de vida hace que las personas busquen maneras de lidiar con la dinámica familiar, debido a que se trata de optimizar y ajustarse a la demanda del tiempo, lo que vuelve endeble a los vínculos de convivencia y protección que requiere el adulto mayor de su círculo familiar, por lo que se recurre a centros geriátricos para su cuidado que de manera directa o indirecta se ve como abandono (8) (37).

Especialistas estadounidenses en depresión en el adulto mayor como Jerome Yesavage, aseguran que el 60% y más, de los ancianos residentes en asilos sufren depresión, mientras que del 20% al 30% de los que viven en sus casas también presentan depresión en menor porcentaje. Además, el porcentaje se duplica y supera los casos con depresión en personas jóvenes (10% de la población) (8).

2.2.5.3 Factores Psicológicos.

Los factores psicológicos más significativos que presentan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a la vejez de la persona importante en la vida del adulto mayor, tales como esposa, hijos o otro miembro familiar con gran cercanía afectiva, así como la soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátrico (38).

Cabe mencionar algunos factores psicológicos como son:

Personalidad. Diversos estudios en adultos mayores señalan que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión (11).

Soledad. La soledad es uno de los temores que afrontamos todo ser humano y en especial los adultos mayores, puesto que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea, entonces, no debe ser asociada a la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales sobre todo el entorno familiar en el que se encuentre el adulto mayor. (10)

Pérdidas y Duelo. La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a muerte del cónyuge, de seres queridos y la jubilación, las cuales afectan al estado emocional de los adultos mayores. (12)

2.2.6 Síntomas y Diagnóstico

El reconocimiento de la depresión constituye un verdadero desafío en el adulto mayor, motivo por el cual es infradiagnosticada, solo recibe tratamiento alrededor del 10 % de adultos mayores, por este motivo es importante el reconocimiento temprano de signos y síntomas (35) (39).

Según el sistema internacional de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), el diagnóstico de depresión mayor se presentará con la aparición de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligado la presencia de los dos primeros:(40)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte de día.
- Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
- Aumento o pérdida de peso.
- Agitación o lentitud psicomotriz.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte (40)

2.2.7 Medición del nivel de Depresión

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la Geriatric Depression Scale (GDS)

de Brink y Yesavage y la Rating Scale for Depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad está orientada como una posible herramienta de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que en la depresión el diagnóstico es clínico (9).

Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale de Yesavage, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, la cual es una escala de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de la depresión en las personas mayores (41).

Interpretación

Cada ítem se valora de 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad (41).

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

- No depresión 0-5 puntos
- Probable depresión 6-9 puntos
- Depresión establecida 10-15 puntos

La facilidad de aplicación, su economía de administración y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el tamizaje general del paciente geriátrico (42).

2.2.8 Índice de comorbilidad de Charlson (abreviada)

El índice de Charlson diseñado en sus inicios para predecir mortalidad, no obstante, en la actualidad ayuda a detectar la gravedad de las comorbilidades, predice el riesgo de muerte, por cualquier causa, a los 10 años. Se evalúa de 0 y 1 puntos ausencia de comorbilidad; 2 puntos, comorbilidad baja; igual o mayor a 3 puntos, alta comorbilidad (43).

La valoración será de acuerdo a la edad, en donde se añadirá un punto al índice por cada década de vida, a partir de los 50 años; es así que a un paciente de 50 años deberemos sumar a su índice obtenido 1 punto, si tuviera 60 años, 2 puntos, si tuviera 70 años, 3 puntos, mayor a 80 años, 4 puntos (43).

2.2.9 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento consisten en la disminución de los síntomas depresivos, evitar la idea suicida, de las recaídas o de las recurrencias, mejorar la calidad de vida y el estado de salud, entre los diferentes tratamientos encontramos el farmacológico, psicoterapia y terapia electroconvulsiva (44).

Se ha demostrado gran utilidad de la terapia cognitivo conductual para tratar depresión, la cual consiste en entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos, es decir nos ayudara a entender problemas , por los cuales en este caso estén pasando los adultos mayores, para de esta manera irlos desglosándolos en partes más pequeñas , y conocer el que más influye de manera positiva o desencadenante de la patología (45).

Cabe recalcar que, Albert Ellis Albert Ellis es considerado el padre y fundador de la terapia cognitivo conductual que en 1955 desarrolló la terapia racional emotivo conductual (TREC); esta terapia se basa en el modelo ABC, en el que A (acontecimientos) provocan B (interpretaciones) y estas provocan C (consecuencias/conductas) (45).

En lo farmacológico son de primera elección, los antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los que inhiben la recaptación de serotonina y noreadrenalina, seguidos por el bupropión y la mirtazapina. Se inicia a dosis bajas y se pueden ir incrementando de acuerdo a las alcanzando incluso las utilizadas en personas más jóvenes (44).

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS

La depresión en adultos mayores institucionalizados es mayor al 10 % y está asociado a factores como HTA, diabetes mellitus, artrosis y tiempo de internación.

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018 - agosto 2019.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población según variables: edad, genero, estado civil, procedencia, y nivel de instrucción.
- Asociar el índice de comorbilidad con la depresión.
- Establecer la relación entre factores asociados y variables demográficas.
- Identificar la relación del grado de depresión con el tiempo de internación.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio analítico, cuantitativo, de tipo observacional, de corte transversal y prospectivo.

4.1.2. Área de investigación.

Lugar: Ecuador, Provincia del Azuay, Cantón Cuenca.

Ubicación: Centros geriátricos de la Ciudad de Cuenca.

En la ciudad de Cuenca existen varios centros geriátricos en los cuales encontramos el Hogar Cristo Rey, Miguel de León, Nueva Esperanza, San Andrés, Jesús de Nazareth, Santa Ana, Los Jardines, Plenitud, Casa del abuelo, Abuelandia.

4.1.3 Universo de estudio

La población comprende adultos mayores hombres y mujeres, ingresados en los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca- Ecuador en el periodo comprendido entre diciembre 2018 a agosto 2019. En la actualidad hay un total de 396 adultos mayores residentes en estos centros.

4.1.4 Selección y tamaño de la muestra.

Muestra: se realizó mediante el programa Epi Info versión 7, la muestra se calculó para una población conocida, basándose en una prevalencia de 10 % (46), el 95% de intervalo de confianza y un margen de error del 5% se aplicó la siguiente fórmula para universo finito.

$$n = \frac{N \times p \times q \times z^2}{(N - 1) \times e^2 + p \times q \times z^2}$$

Donde:

N: 396 adultos mayores; p: 0.10; q: 0,9; Z²:1.96² (3.84161), e=0,05² (0.0025)

Después de realizar el cálculo se obtuvo una muestra de **113 adultos mayores**.

4.1.5. Población, muestreo y muestra.

4.1.5.1. Población

La población la constituyeron los adultos mayores de 65 años o más, institucionalizados en los centros geriátricos de Cuenca. Obteniendo así una población de 396 adultos mayores.

4.1.5.2. Muestra

La muestra fue de 113 adultos mayores mediante programa Epi Info.

4.1.5.3. Muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio simple, la aleatorización fue por centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, se enumeraron los centros geriátricos y únicamente participaron aquellos centros que fueron escogidos al azar utilizando el programa Epidat 3.1, de la misma forma de cada centro se escogieron los adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión hasta alcanzar el número de participantes de acuerdo a la muestra previamente obtenida.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 65 años que se encuentre internados más de 1 mes en los Centros geriátricos de Cuenca.
- Adultos mayores que aceptaron participar de la investigación firmando el consentimiento informado.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adulto mayor ingresado con deterioro cognitivo profundo y/o demencia
- Adulto mayor con trastorno severo del lenguaje
- Personas mayores de 65 años que se nieguen a participar en el estudio.
- Adulto mayor con internación menos de 1 mes.

4.3. MÉTODOS, TECNICA E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

Los datos demográficos y de factores asociados serán obtenidos a través de una encuesta que está detallada en el anexo N° 1, la cual será realizada a cada uno de los adultos mayores en su respectivo Centro geriátrico de la Ciudad de Cuenca. Con el fin de recolectar datos concretos centrados en la depresión se utilizará la Escala validada de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual evaluará el estado de ánimo de los adultos mayores, además se utilizará el índice de Charlson que nos ayudará a detectar la gravedad de las comorbilidades.

4.4 MEDIDAS ESTADÍSTICAS

El análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico SPSS en su versión 24.0 para Windows, se realizó el análisis descriptivo empleando variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

Para evaluar la relación entre la presencia de depresión y los factores asociados, se emplearon Odds ratio (OR) y Chi cuadrado. Para calcular el Odds ratio (OR) y Chi cuadrado (X^2), es necesaria una relación de variables de dos categorías, las columnas siempre fueron dos (presencia o no de depresión), pero en los factores de riesgo varían, por lo que se ajustaron las variables politómicas a dicotómicas, para así poder calcular OR y Chi cuadrado para este tipo de variables.

Para el OR se obtuvo el intervalo de confianza (IC 95%). Se consideró resultados significativos para valores de $p < 0.05$.

El OR solo es aplicable en variables dicotómicas. El resultado del OR se interpreta de la siguiente forma:

- Mayor a la unidad se interpreta como que hay riesgo
- Menor a la unidad se interpreta como factor protector.
- Igual a la unidad no hay riesgo.

4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESO BIOÉTICOS

En octubre del 2013 la adaptación 64ava por la asociación médica mundial, promulgó la declaración de Helsinki, para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, por esta razón se cumplió con las normas del código de ética médica, el investigador explicara los objetivos del estudio, la confidencialidad de los resultados y que los datos obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación, además se indicó que podrá retirarse del estudio en cualquier momento.

Se solicitará leer atentamente el consentimiento informado a las personas que van a participar en el estudio. Ver anexo 2.

4.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

4.6.1 Operacionalización de las variables

Descripción conceptual	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Tiempo en años	1.- 65-74 2.- 75-84 3.- 85 y más	Nominal Politómica
Género	Según el fenotipo: masculino, femenino	Fenotipo	1.-Masculino 2.-Femenino	Nominal Dicotómica
Estado civil	Condición legal de una persona en el orden social	Relación legal	1.-Soltero 2.- Casado 3.-Divorciado 4.-Viudo 5.-Unión libre	Nominal Politómica
Procedencia	Se emplea para designar el origen de una persona	Nivel sociodemográfico	1.-Sierra 2.-Costa 3.-Oriente 4.- Otros	Nominal Politómica
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionales e incompletos .	Nivel de instrucción	1.-Ninguno 2.-Primaria 3.Secundaria 4.-Superior	Nominal Politómica
Depresión	Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad	Escala de la depresión Test de Yesavage	1.-0-5 normal 2.-6-9 leve 3.-Más de 10 severa	Cualitativa, Nominal Politómica

Escala de Charlson	Sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, y comorbilidades del paciente.	Escala de comorbilidad de Charlson modificado	1.- 0 y 1 puntos ausencia de comorbilidad. 2.- 2 puntos, comorbilidad baja. 3.- igual o mayor a 3 puntos, alta comorbilidad.	Cuantitativa, nominal Policotómica
Comorbilidades	Dos o más enfermedades diagnosticadas	Historia clínica	1.-Hipertensión arterial 2.-Diabetes Mellitus 3.- Artrosis 4.-Otros	Nominal Policotómica
Tiempo de institucionalización	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento	Tiempo de institucionalización.	1.-< de 1 año 2.-1-2 años 3.-2-3 años 4.- >4 años	Nominal politomica

Realizado por: Verónica Mendieta

CAPITULO V

5. RESULTADOS.

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de la información recolectada mediante encuestas realizadas a 113 adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca en el periodo 2018 a 2019.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se estudiaron los datos obtenidos de 113 adultos mayores residentes en los centros geriátricos de Cuenca, en el periodo 2018 a 2019, de varios grupos

etarios, genero, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, tiempo de internación y antecedentes patológicos personales de las pacientes.

5.3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.3.1. Análisis de las variables sociodemográficas.

Tabla 1. Distribución de 113 adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca, según datos sociodemográficos. Diciembre 2018- agosto 2019.

Variables sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	
EDAD	65-74	39	34,5%
	75-84	31	27,4%
	85 Y MAS	43	38,1%
GÉNERO	Hombre	50	44,2%
	Mujer	63	55,8%
ESTADO CIVIL	Soltero	51	45,1%
	Casado	18	15,9%
	Viudo	36	31,9%
	Divorciado	8	7,1%
PROCEDENCIA	Sierra	98	86,7%
	Costa	9	8,0%
	Oriente	2	1,8%
	Otros	4	3,5%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	22	19,5%
	Primaria	61	54,0%
	Secundaria	18	15,9%
	Superior	12	10,6%

Edad: Media 76.6. DS:8.2

Fuente: Base de datos
Elaborado por Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

La media de edad fue de 76.6 años con una desviación estándar de 8.2, siendo el grupo etario mayor de 85 años el más prevalente con el 38.1 %, la población femenina represento un 55, 8 %.

Los adultos mayores solteros y viudos fueron los que se presentaron con más frecuencia y casi la totalidad de la población procede de la Sierra, con un nivel de instrucción primaria como la más prevalente.

5.3.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Tabla 2. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca, según características clínicas. Diciembre 2018- agosto 2019.

TIEMPO DE INTERNACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 años	35	31,0
Más de 1 años	78	69,0
Total	113	100,0
ESCALA DE CHARLSON		
Comorbilidad Baja	31	27,4
Alta Comorbilidad	82	72,6
Total	113	100,0
FRECUENCIA DE COMORBILIDAD		
Hipertensión Arterial	53	43,8
Diabetes Mellitus	18	14,9
Artritis reumatoide	20	16,5
Otros	34	28,1
Total	125	103,3

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la tabla 2, el grupo de adultos mayores internados más de 1 año fue el prevalente, con un porcentaje de 69,0%.

De acuerdo a la Escala de Charlson, la presencia de alta comorbilidad fue del 72.6%. La comorbilidad con más prevalencia fue la Hipertensión Arterial, con el 43,8 %.

5.3.3 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN

Tabla 3. Distribución de 113 adultos mayores de los centros geriátricos de Cuenca, según prevalencia de depresión. Diciembre 2018- agosto 2019.

ESCALA DE YESAVAGE	Frecuencia	Porcentaje
Normal	58	51,3
Leve	33	29,2
Severa	22	19,5
TOTAL	113	100,0

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

La prevalencia de depresión en adultos mayores de los centros geriátricos fue de 48.67%, del cual un 29,20% presento depresión leve y un 19.47% severa.

5.3.4 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 4. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros geriátricos de Cuenca según prevalencia de depresión y asociación a Edad. Diciembre 2018- agosto 2019.

EDAD	DEPRESIÓN			Método estadístico
	SI	NO	TOTAL	
64 A 74 AÑOS				
SI	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (100)	OR= 0,531 (IC 95%: 0,241-1,171) p= 0,115
NO	40 (54,1)	34 (45,9)	74 (100)	
75- 84 AÑOS				
SI	17 (54,8)	14 (45,2)	31 (100)	OR= 1,406 (IC 95%: 0,613-3,224) p= 0,420
NO	38 (46,3)	44 (53,7)	82 (100)	
85 Y MAS				

SI	23 (53,5)	20 (46,5)	43 (100)	OR= 1,366 (IC 95%: 0,638-2,925) p= 0,422
NO	32 (45,7)	38 (54,3)	70 (100)	
TOTALES	55 (48,7)	58 (51,3)	113 (100)	

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

La edad de 75 años o más se asocia con un incremento del riesgo de depresión, pero no se halló significancia estadística para ninguno de los dos grupos (75-84 años: OR: 1,406; IC: 0,613-3,224; p: 0,420, 85 años o más: OR= 1,366; IC: 0,638-2,925; p= 0,422).

Tabla 5. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros geriátricos de Cuenca según prevalencia de depresión y asociación a características sociodemográficas. Diciembre 2018- agosto 2019.

Datos sociodemográficos	DEPRESION			Método estadístico
	SI	NO	TOTAL	
GÉNERO				
HOMBRE	20 (40.0)	30 (60.0)	50 (100)	OR= 0,533 (IC 95%: 0,251-1,133) p= 0,100
MUJER	35 (55.6)	28 (44,4)	63 (100)	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	SI	NO		OR= 0,719 (IC 95%: 0,342-1,511) p= 0,383
SI	23 (44,2)	29 (55,8)	52 (100)	
NO	32 (52.5)	29 (47.5)	61 (100)	
CASADO	SI	NO		
SI	8 (47.1)	9 (52.9)	17 (100)	OR= 0,927 (IC 95%: 0,330-2,604) p= 0,885
NO	47 (49,0)	49 (51,0)	96 (100)	
VIUDO	SI	NO		OR= 2,0951 (IC 95%: 0,934-4,700) p= 0,070
SI	22 (61,1)	14 (38,9)	36 (100)	
NO	33 (42,9)	44(57,1)	77 (100)	
DIVORCIADO	SI	NO		OR= 0,327 (IC 95%: 0,063-1,695) p= 0,165
SI	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (100)	
NO	53 (50,5)	52 (49,5)	105 (100)	
PROCEDENCIA				

SIERRA	SI	NO		
SI	46 (46,9)	52 (53,1)	98 (100)	OR= 0,590
NO	9 (60,0)	6 (40,0)	15 (100)	(IC 95%: 0,195-1,783) p= 0,346
COSTA	SI	NO		
SI	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100)	OR= 2,674
NO	48 (46,6)	55 (53,4)	103 (100)	(IC 95%: 0,655-10,916) p= 0,158
ORIENTE	SI	NO		
SI	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100)	OR= 1,056
NO	54 (48,6)	57 (51,4)	111 (100)	(IC 95%: 0,064-17,301) p= 0,970
OTRO	SI	NO		
SI	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100)	OR= 1,057
NO	53 (48,6)	56 (51,4)	109 (100)	(IC 95%: 0,144-7,773) p= 0,957
NIVEL DE INTRUCCION				
NINGUNO	SI	NO		
SI	16 (69,6)	7 (30,4)	23 (100)	OR= 2,989
NO	39 (43,3)	51 (56,7)	90 (100)	(IC 95%: 1,120-7,793) p= 0,021
PRIMARIA	SI	NO		
SI	32 (52,5)	29 (47,5)	61 (100)	OR= 1,391
NO	23 (44,2)	29 (55,8)	52 (100)	(IC 95%: 0,662-2,925) p= 0,383
SECUNDARIA	SI	NO		
SI	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)	OR= 0,108
NO	53 (55,2)	43(44,8)	96 (100)	(IC 95%: 0,023-0,499) p= 0,001
SUPERIOR	SI	NO		
SI	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)	OR= 0,625
NO	50 (50,0)	50 (50,0)	100 (100)	(IC 95%: 0,191-2,042) p= 0,434
TOTALES	55 (48.7)	58 (51.3)	113 (100)	

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al estado civil los adultos mayores viudos presentaron 2,09 veces más riesgo de depresión, pero sin hallar significancia estadística (OR= 2,09; IC 95%: 0,934-4,700), así como adultos mayores procedentes de la Costa presentaron 2,6 veces más riesgo de presentar depresión (OR= 2,674; IC 95%: 0,655-10,916). Sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa.

Los adultos mayores que no alcanzaron ningún nivel de instrucción tuvieron 2,9 veces de presentar depresión, esta relación fue estadísticamente significativa (OR=2,989; IC 95%: 1,120-7,793; p= 0,021), a diferencia de la población que alcanzó un nivel de instrucción secundaria, la cual fue estadísticamente significativa, pero con 90% menos riesgo de presentar depresión.

En la población estudiada el género no representó ni significancia estadística ni riesgo para la aparición de depresión.

5.3.5 TIEMPO DE INTERNACIÓN Y DEPRESIÓN

Tabla 6. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros geriátricos de Cuenca según prevalencia de depresión y asociación a tiempo de internación. Diciembre 2018-agosto 2019.

TIEMPO DE INTERNACIÓN	DEPRESIÓN			Método estadístico
	SI	NO	TOTAL	
MENOS DE 1 AÑO				
SI	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (100)	OR= 0,842 (IC 95%: 0,379-1,873) p= 0,673
NO	39 (50,0)	39 (50,0)	78 (100)	
MAS DE 1 AÑO				
SI	39 (48,8)	41 (51,5)	80 (100)	OR= 1,011 (IC 95%: 0,449-2,275) p= 0,980
NO	16 (48,5)	17 (51,5)	33(100)	
TOTAL	55(48,7)	58(51,3)	113 (100)	

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al tiempo de internación, los pacientes dentro del grupo de residencia de más de 1 año en los centros geriátricos, tienen 1.011 veces más riesgo de presentar

depresión, pero esta relación no fue estadísticamente significativa (IC 95%: 0,449-2,275; $p=0,980$).

5.3.6 DEPRESIÓN Y ESCALA DE CHARLSON

Tabla 9. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros geriátricos de Cuenca según prevalencia de depresión y asociación a la Escala de Charlson. Diciembre 2018-agosto 2019.

ESCALA DE CHARLSON	DEPRESIÓN			Método estadístico
	SI	NO	TOTAL	
BAJA COMORBILIDAD				
SI	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (100)	OR= 0,392 (IC 95%: 0,164-0,934) $p=0,032$
NO	45 (54,9)	37 (42,1)	82 (100)	
ALTA COMORBILIDAD				
SI	45 (54,9)	37 (45,1)	82 (100)	OR= 2,554 (IC 95%: 1,070-6,094) $p=0,032$
NO	10 (32,3)	21 (67,7)	31 (100)	

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la escala de Charlson, los adultos mayores que presentaron alta comorbilidad, tienen 2.5 (OR: 2,554; IC 95%: 1,070-6,094) veces más riesgo de presentar depresión, a diferencia de los pacientes con baja comorbilidad quienes tuvieron 60% menos riesgo de presentar depresión, siendo esta relación estadísticamente significativa en ambos grupos ($p < 0.05$).

5.3.7 DEPRESIÓN Y COMORBILIDADES

Tabla 10. Distribución de 113 adultos mayores de los Centros geriátricos de Cuenca según prevalencia de depresión y asociación a tipo de comorbilidad. Diciembre 2018-agosto 2019.

COMORBI- LIDADES	DEPRESIÓN			Método estadístico
	SI	NO	TOTAL	
HIPERTENSION ARTERIAL				
SI	27(50,9)	26 (49,1)	53 (100)	OR= 1,187 (IC 95%: 0,566-2,487) p= 0,650
NO	28 (46,7)	32 (53,3)	60 (100)	
DIABETES MELLITUS				
SI	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (100)	OR= 2,419 (IC 95%: 0,838-6,981) p= 0,046
NO	43 (45,3)	52 (54,7)	95 (100)	
ARTROSIS				
SI	14 (70,0)	6 (30,0)	20(100)	OR= 2,959 (IC 95%: 1,046-8,375) p= 0,035
NO	41 (44,1)	52 (55,9)	93 (100)	
OTROS				
SI	17 (50,0)	17(50,0)	34 (100)	OR= 1,079 (IC 95%: 0,483-2,411) p= 0,853
NO	38 (48,1)	41 (51,9)	79 (100)	
TOTAL	55(48,7)	58(51,3)	113 (100)	

Fuente: Base de datos
Elaborado por: Mendieta Farfán Verónica

INTERPRETACIÓN:

El presente estudio muestra que la diabetes mellitus y la artrosis, tienen una asociación importante con la aparición de depresión, es así que, los adultos mayores con estas comorbilidades presentan respectivamente 2,41 (OR: 2,419(0,838-6,981) y 2,95 (OR= 2,959 (1,046-8,375)) veces más riesgo de padecer esta entidad clínica, en comparación con aquellos adultos mayores que no

presentaron estas comorbilidades, teniendo esta relación gran significancia estadística ($p = < 0,05$)

Por otro lado, la hipertensión arterial no mostro relación ni significancia estadística con la aparición de depresión, a pesar de estar presente en mayor proporción en los adultos mayores que forman parte del grupo de casos.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran, que el 48,67% de los adultos mayores estudiados presentaron depresión, de los cuales el 29,20% presento depresión leve y un 19,47 % severa, una prevalencia algo más baja comparada con el estudio realizado en Cuba por Valdez M., quien encontró que el 60 % de adultos mayores institucionalizados presentaron depresión (10), en Azuay- Cuenca 2014 un estudio realizado por Palomeque reporta una prevalencia menor de 14,7 % cabe recalcar las mejores condiciones de vida de esta población (11), en Colombia 2015, Ramirez et al, reporta una prevalencia de 34,8 % de depresión (47).

Un estudio realizado en Chile en el Hospital Militar de Santiago 2016, Von Mühlenbrock et al, los adultos mayores presentaron depresión en un 22,13 % (48). En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad (8), estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico, la escala geriátrica de Yesavage., resultados que difirieron de los nuestros por el diseño metodológico.

De acuerdo a la edad el grupo de > de 85 años fue el más prevalente 43 (38,1%), de ellos 25 (53,5%) presentó depresión. Es importante notar que a mayor edad también aumenta la depresión, esto se corrobora en un estudio de Moreno M., y colaboradores 2014, en una población de 246 adultos mayores, la tasa de depresión encontrada fue de 36,2 % en el que la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años) fue un factor que tuvo gran relación para la aparición de depresión (49). Otro estudio realizado en Perú en 371 adultos mayores, se encontró depresión

en 40,7% de adultos mayores de 80 años (50). Además, Martina et al., evidenció que una edad mayor de 75 años, estaba relacionada con un riesgo mayor a presentar síntomas depresivos (OR=1,56 [1,40-1,74]), coincidiendo con nuestro estudio (43).

En lo referente al género, 63 (55,8%) adultos mayores, de la muestra estudiada fueron mujeres, en nuestro estudio tuvieron la misma posibilidad de presentar depresión hombres como mujeres, a diferencia del estudio de Tartaglini M, et al Argentina 2017, en donde el 72,7% de la muestra estudiada correspondió al sexo femenino presentando 29,5 % de depresión, presentando significancia estadística, OR 2,30 (IC95% 1,08-4,92) p valor 0,031(51).

Según el estado civil, la categoría de solteros es la más frecuente 51 (45,1%) en nuestra investigación, sin embargo, fueron los viudos el grupo más vulnerable para presentar depresión, con una prevalencia de 22 (61,1 %), al igual que el estudio realizado por Mühlenbrock F., y colaboradores, Chile 2014 el grupo en que se encontró mayor prevalencia de depresión fue en los viudos, 38,46% (48).

De acuerdo a la procedencia, los adultos mayores de otras regiones en este caso: Costa, Oriente y extranjeros, resultaron tener mayor predisposición a depresión en comparación con los procedentes de la Sierra, sin embargo, no tuvo significancia estadística, correlacionándose con el estudio Cuenca 2014, realizado por Siguenza en el que la procedencia no tuvo significancia estadística $p=0.359$ (52).

El nivel de instrucción influyo de manera positiva en el desarrollo de depresión, predominando los adultos mayores que no alcanzaron ningún nivel de instrucción, representando el 69,6 %, al igual que en el estudio realizado por Correa J., y colaboradores en Colombia 2019, en el que se evidencio 73 % de depresión en los adultos mayores que no presentaron estudios o tuvieron una primaria incompleta (53).

En nuestro estudio, en cuanto al tiempo de internación, los pacientes dentro del grupo de residencia de más de 1 año en los centros geriátricos, tienen 1.011 (IC 95%: 0,449- 2,275) veces más riesgo de presentar depresión, sin embargo estos valores no tuvieron significancia estadística, a diferencia del estudio realizado por Ramírez y colaboradores 2015 Colombia, en el cual la depresión en pacientes institucionalizados incrementa de 12 a 30% y hasta 50% para residentes a largo

plazo de las instituciones (47), de igual forma observó Dechent 2018 en Estados Unidos prevalencia de depresión 12- 14 % en adultos mayores internados por largos periodos en hospitales (54).

Un estudio realizado por Suquilanda, en Cuenca- Ecuador 2017, utilizando la escala de Charlson, dio como resultado que un 69,9 % de adultos mayores que presentaron alta comorbilidad también presentaron depresión, correlacionándose con nuestra investigación, en el que la población que presento alta comorbilidad de acuerdo al puntaje establecido por dicha escala, tuvo una prevalencia del 54,9 % de presentar depresión (55).

Dois y Cazenave 2016 en Chile exponen que tanto la depresión mayor como la hipertensión arterial se constituyen como dos problemas de salud pública relevantes. La incidencia de depresión mayor que presentó la población hipertensa del estudio de estos autores fue de 51%, a diferencia de nuestra investigación en la cual la hipertensión arterial no mostro relación ni significancia estadística con la aparición de depresión, a pesar de estar presente en mayor proporción en los adultos mayores que forman parte del grupo de casos (56).

La diabetes es una patología que aumenta el riesgo de depresión en este grupo poblacional en 2,4 (1,046-8,375) veces en comparación con personas que poseen otras patologías; Casanova y colaboradores en Cuba 2017 estudiaron 522 adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2, el 35,7% de la muestra tuvo algún trastorno depresivo, predominó el sexo femenino (53,9%). (13)

La artrosis fue una patología que tuvo una asociación importante en la aparición de depresión, en 2,9 (IC 95%: 1,046-8,375), coincidiendo con un estudio realizado en Perú por Valentín 2018 en el que el 54% de la población geriátrica presento depresión y artrosis (RP 1,705; IC (1,760-6,620), con una $p < 0,0001$ (57).

La depresión es evidente en la población adulta mayor de los Centros geriátricos de Cuenca, confirmando que también es un problema de salud pública al igual que en el resto del mundo, por lo que amerita una intervención inmediata e integral para mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable, para de esta manera disminuir el riesgo de mortalidad y los costos de la atención en salud, más aún ahora que la expectativa de vida crece. (4)

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados se plantean las siguientes conclusiones:

- En el grupo de estudio hubo una mayor proporción de adultos mayores de 85 años a más, predominando las mujeres. La gran mayoría de los adultos mayores son solteros, proceden de la Sierra y presentan un nivel de instrucción primaria.
- La prevalencia de depresión alcanzó casi un 50% en nuestra población de estudio.
- Hubo similar presencia de depresión en los adultos mayores de ambos sexos y predominó el estado civil viudo, edad de 74 – 84 años, procedentes de otras regiones y con un nivel de instrucción ninguno.
- Se demostró asociación entre depresión y adultos mayores que presentaron alta comorbilidad y tiempo de internación más de 1 año.
- No se encontró asociación entre depresión con hipertensión arterial y género.

7.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Que los profesionales de la salud se integren para realizar una evaluación a los adultos mayores en los diferentes servicios de salud; abarcando principalmente el estado mental, funcional, médica y social.
- ✓ Educar a los estudiantes y futuros profesionales que la depresión no forma parte del envejecimiento y de esta manera darle la importancia que amerita para evitar complicaciones en este grupo de edad.
- ✓ Incentivar la realización de otras investigaciones sobre el tema en estudio en la búsqueda de nuevos factores asociados a depresión en adultos mayores para su control.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. 2017.[citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. [Internet] 2015. [citado 15 de mayo de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1
3. Cerquera A., Quintero M. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 6 de julio de 2017;2(45):173-180-180.
4. Bastidas H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología (PUCP). 2014;32(2):191-218.
5. Ardila J., Blanco F., Carvajal C., Huérfano I. RIESGO SOCIAL Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II FLORIDA BLANCA SANTANDER [Internet] 2018. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: http://104.192.4.203:8082/bitstream/ucc/7637/1/2018_Riesgo_Social_Depresi%C3%B3n.pdf
6. Botero B., Pico M. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACION TEORICA. VOL 12 [Internet] 2017. [citado 26 de mayo de 2019]; 12(1): 11-24.
7. Freire W. SABE. Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento. Presentacion de resultados. [Internet] 2014. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>

8. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. 11 de octubre de 2018;29(3):182.
9. Bautista J. DEPRESION EN L ADULTO MAYOR POR ABANDONO FAMILIAR. TLATEMOANI No22 [Internet] 2016. [citado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoan/22/depresion.pdf>
10. King M., Cáceres J., Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Mayo 28] ; 33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001&lng=es.
11. Palomeque A., Peralta E. TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA. prevalencia de depresión y factores asociados en el Adulto Mayor en la Parroquia de Cañaribamba, Cuenca 2014. [Internet]. 2014 [citado 2019 mayo 20]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20219/1/Tesis.pdf>
12. Andrade M. ANALISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “SANTA CATALINA LABOURE”, AÑO 2012 - 2013. : [Internet]. 2014 [citado 2019 Mayo 20]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7224/8.14.001676.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
13. Flores C., Correa E., Retana R., Mendoza V. Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(2):129-34.
14. Constitución de la Republica del Ecuador. Ley del anciano [Internet]2016. [citado 1 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_anciano.pdf
15. Moreira CE, Alvarez MV. Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. 1. 2014;(5):95-109.

16. Ortiz M., Padilla M., Mejía A., Botello M., Martínez A., Islas E. Nivel de depresión en el adulto mayor. Rev Inst Mex 2015; Vol. 4 Núm. 7: 35-54.
17. Casas E., Cardona D., Segura Á., Garzón M. Multimorbilidad auto-reportada por el adulto mayor del departamento de Antioquia: prevalência y factores asociados. CES Med. [Internet]. 2018 Aug [cited 2019 Aug 28]; 32(2): 116-128.
18. Monforte J., Fernández C. Depresión en el anciano hospitalizado. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(Espec Cong):44-158.
19. Lazara V., Álvarez I., López N. CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA. Vol. 22, Nº 89 Diciembre 2018 (pp. 96-102). [Internet]. 2014 [citado 2019 Mayo 25]. Disponible en: <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/37/40>
20. Rodríguez M., Ramírez D., Castro K., Gómez I. Psychological intervention in senior citizens with depression. Humanidades Médicas 2017; 17(2): 306-322.
21. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. 2017. [citado 26 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
22. Guzman A., Análisis de la Calidad de vida de los Adultos Mayores del Municipio de Tetepango [Internet]. 2014. [citado 03 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
23. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
24. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON 1995. [citado 28 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

25. DSM V. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Asociación Americana de Psiquiatría. Arlington, VA. Copyright 2014. pg 103- 128.
26. Trigo J. Depresión en el paciente anciano. [Internet]2015. 10(4):250-26017. T-UCSG-PRE-MED-667.pdf [Internet]. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C6/C6D_4.pdf
27. García S. FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEPRESIVO Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. Rev Médica Cuba. 2014;24(1):19-39.19.
28. Moura A., Godoy S., Cesarino C., Mendes I. Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Jul [citado 2019 Mayo 31] ; 15(43): 1-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300001&lng=es.
29. Rodríguez J., Laucerique T., Noriega L., Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina. septiembre de 2011;50(3):242-51.
30. Jiménez I. ACTUALIZACIÓN Y PUESTA AL DÍA EN DIABETES MELLITUS TIPO II. Universidad Internacional de Andalucía. 2014. Pg 4- 8. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2676/0534_Jimenez.pdf?sequence=3
31. Antúnez M, Bettiol A, Cristóbal S. Depression in patients with type 2 diabetes who attend an outpatient clinic of internal medicine. Acta Med Colomb [Internet]. 2016 June [cited 2019 July 30] ; 41(2): 102-110.
32. Moreno M., Delgado M., Ortega R., Collazo Y., Mayo J. Trastorno depresivo y control glucémico en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 27 de mayo de 2019];39(9). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/156>

33. Portacio J. prevalencia de artrosis en adultos mayores de los sectores Santa Lucia Centro y Santa lucia arriba del Cantón Tisaleo.[Internet]2016. [citado 6 de junio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3697/1/TUAMED023-2016.pdf>
34. García E. Repercusión funcional de la perdida visual en pacientes geriátricos. Rol del médico General. [Internet] 2014. [citado 6 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/repercusion_funcional_perdida_de_vision.pdf
35. Busutil MQ, Ruíz CAP, González CMP, Rondón IR, Masó SR, Goytisoló IL. Capacidad funcional y calidad de vida en los ancianos con degeneración macular y baja visión. Revista Cubana de Oftalmología [Internet]. 18 de junio de 2014 [citado 6 de junio de 2019];27(3). Disponible en: <http://www.revofthalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/299>
36. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, García-Monasterio I. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1 de enero de 2011;46(1):30-5.
37. Delgado J. ABANDONO FAMILIAR Y CONDUCTAS SOCIALES EN ADULTOS MAYORES; CENTRO DEL BUEN VIVIR MIES FEDHU-2016. Universidad de Guayaquil. [Internet] 2016. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/depresion.pdf>
38. Tello T., Alarcón D., Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev. Perú. Med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Jul 30]; 33(2): 342-350.
39. Gil P., Martín M. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica. Depresión y ansiedad. Barcelona: DOYMA; [Internet] 2015. [citado 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/guiaDepresionAnsiedad.pdf>

40. CENETEC. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR. GUIA PRACTICA CLINICA. [Internet].2014 [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
41. Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage.pdf [Internet]. [citado 6 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y>
42. Basseda R, Sanjuán A. INSTRUMENTOS Y ESCALAS DE VALORACIÓN. [Internet]2015. [citado 10 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf
43. Chacón E., Dr. LLudenich M., Rodríguez D., etal. Índice de CHARLSON como predictor de supervivencia. Rev Cubana de Cardiología. 2017. Volumen 23, No 2 (2017). ISSN: 1561-2937.
44. Capagne D. Diagnostica la depresión antes. Medicina de Familia SEMERGEN. Rev Esp 1 de mayo de 2018;44(4):270-5.
45. Hernández A. LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) y terapia racional emotivo conductual (TREC). Rev Psiquiatría Mex. 2018, Vol. 44, Nº 169-170, 11-35
46. Silva V., Vivar V. Factores asociados a depresión en el adulto mayor institucionalizado. [Internet] 2015. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/46160338.pdf>
47. Ramírez V., Bedoya L., Correa E., Villada J. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor. Medellin. 2015. [Internet]. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf

48. Von Mühlenbrock F., Gómez D., González V., Rojas A., Vargas G., von Mühlenbrock P. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Revista chilena de neuro-psiquiatría. diciembre de 2016;49(4):331-7.
49. Pando M., Aranda C., Alfaro N., Mendoza P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana¹. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1 de enero de 2014;36(3):140-4.
50. Saenz M., Runzer M., Parodi José F. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. Acta méd. Perú [Internet]. 2019 Ene [citado 2019 Jul 22]; 36(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100005&lng=es.
51. Tartaglini MF, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. agosto de 2017;20(4):516-24.
52. Siguenza R. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO DE PROMOCIÓN PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, CUENCA 2014 [Internet] 2015. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21203/1/TESIS66.pdf>
53. Correa J., Romero A., Salamanca E., Velasco Z. Estado mental del adulto mayor de la ciudad Villavicencio, Colombia.2019 [Internet]. [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>

54. Dechent C. Depresión Geriátrica y Trastornos cognitivos. [Internet]2018. [citado 22 de julio de 2019]. Rev Hosp Clín Univ Chile 2018; 19: 339 - 46
55. Suquilanda J. FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN SAN PEDRO DEL CEBOLLAR-CUENCA 2015-2016 [Internet]2017. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27164/1/Tesis.pdf>
56. Dois C., Cazenave A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Revista Médica Electrónica. agosto de 2017;39(4):987-94.
57. Valentin A., CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ARTROSIS DE RODILLA DEL POLICLÍNICO PABLO BERMÚDEZ DURANTE EL AÑO 2017. [Internet] 2017. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10488/1/T-UCSG-PRE-MED-667.pdf>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.



LA CATÓLICA DE CUENCA
ucacue
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018-Agosto 2019.
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	Universidad Católica de Cuenca
Nombre del Investigador principal	Verónica Targelia Mendieta Farfán
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	Teléfono: 0995977683 Correo: vero.mend@hotmail.com

Descripción del proyecto de Investigación
<p>Mi nombre es Verónica Mendieta, estoy realizando la tesis final de investigación sobre el tema de depresión en adultos mayores y los factores que a esta se asocie, hoy en día este tema es de gran relevancia ya que al ser una población vulnerable en muchas ocasiones hace que obviemos de ciertos cuidados.</p> <p>Usted tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación. Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre depresión y factores asociados en el adulto mayor, el cual se realiza en los Centros geriátricos de Cuenca, con la finalidad de evaluar algunos de los factores y enfermedades que afecten su salud física y mental.</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>Criterios de inclusión Pacientes mayores de 65 años que se encuentre internados más de 1 mes en los Centros geriátricos de Cuenca y que acepten de forma voluntaria firmar este consentimiento.</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes que no acepten ser partícipes del estudio Adultos mayores con deterioro cognitivo profundo y/o demencia y trastorno severo del lenguaje.</p>
OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
<p>Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018- Agosto 2019.</p>
DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS
<p>Realizar la encuesta a los adultos mayores que se encuentren internados en los centro geriátricos de Cuenca , dentro del período señalado y que cumplan con los criterio</p> <p>Aplicar de 2 cuestionarios, la primera: cuestionario de Yesavage el cual determina la depresión o no, finalmente el cuestionario de Charlson que indica las enfermedades que presente el paciente.</p> <p>Los resultados obtenidos serán analizados y empleados en el trabajo de investigación</p>

RIESGOS Y BENEFICIOS

Las encuestas que se aplicarán no genera riesgo para los participantes, ya que se trabajara con los datos obtenidos de las mismas; si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla No recibirán un beneficio directo o económico por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta la participación, estará colaborando con el Ministerio de Salud Pública para evaluar el programa de atención integral del adulto mayor.

CONFIDENCIALIDAD

Es prioridad para todo el equipo de investigación mantener su confidencialidad La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrán acceso. Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo.

Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. YO... Bamea Ortiz Humberto con C.I. 01000576009 acepto voluntariamente participar en esta investigación

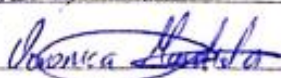
Firma del participante:



Firma del Testigo:



Firma del Investigador:



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE 2018-
AGOSTO 2019. CUENCA-ECUADOR.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº: 15

Fecha de recolección: 24 / 06 / 2019

a) Identificación Nombre Completo: <u>Humberto Bermeo Ortiz</u> Centro Geriátrico: <u>Hogor Cristo Rey</u>	
b) Edad 1.- 65-74 () 2.- 75-84 () 3.- 85 y más (X)	
c) Género: 1.- Hombre (X) 2.- Mujer: ()	
d) Estado civil: 1.- Soltero () 4.- Divorciado () 2.- Casado (X) 5.- Unión Libre () 3.- Viudo ()	
e) Procedencia 1.- Sierra (X) 2.- Costa () 3.- Oriente () 4.- Otros ()	
f) Nivel de Instrucción 1.- Ninguno () 2.- Primaria ()	

3.-Secundaria

4.-Superior ()

g) ¿Cuánto tiempo lleva internado en este centro geriátrico?

1.-Menos de 1 año ()

2.-1- 2 años ()

3.-2-3 años ()

4.-Mas de 4 años

h) Nivel de depresión/ Escala Yesavage

1.-0-5 normal

2.-6-9 leve ()

3.-Más de 10 severa ()

i) Escala de comorbilidad de Charlson modificado

1.- 0 y 1 ausencia de comorbilidad. ()

2.- 2 comorbilidad baja. ()

3.- igual o mayor a 3, alta comorbilidad


Firma del responsable del llenado del Formulario

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE 2018-
 AGOSTO 2019.

1. Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	X	
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	X (1)	
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía?	X	
4. ¿Se aburre usted a menudo?	X (1)	
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	X	
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	X (1)	
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	X	
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	X (1)	
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		X
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		X
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	X	
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?		X
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	X	
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	X (1)	
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		X
PUNTAJE TOTAL		5

INDICE DE COMORBILIDAD CHARLSON (ABREVIADA)

ENFERMEDAD	PUNTAJE
Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/ cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica	2
Cáncer	2
TOTAL	5



Cuenca, 15 de junio de 2019.

**Madre Superiora
Raquel Fernández
DIRECTORA DEL CENTRO GERIÁTRICO HOGAR CRISTO REY
Su despacho. -**

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MENDIETA FARFAN VERONICA TARGELIA con CI: 0106033608, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido centro geriátrico, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIATRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE - AGOSTO 2019"**. La Investigación será dirigida por el Dr. Jorge Buelvas, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



Aprobado
16-06-2019



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca



Cuenca, 24 de junio del 2019.

**Madre Superiora.
Paulina Huaraca Salazar
Directora del Hogar Miguel de León
Su despacho. -**

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MENDIETA FARFAN VERONICA TARGELIA con CI: 0106033608, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución en el área de gerontología, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIATRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE - AGOSTO 2019"**. La Investigación será dirigida por el DR. JORGE DE JESUS BUELVAS MUZA, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

*Recibido
24/06/2019*

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec





Cuenca, 24 de junio del 2019.

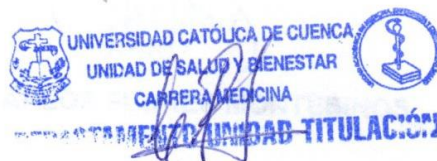
Señora Ingeniera.
Verónica Piña
Centro Geriátrico los Jardines
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MENDIETA FARFAN VERONICA TARGELIA con CI: 0106033608, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIATRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE - AGOSTO 2019"**. La Investigación será dirigida por el DR. JORGE DE JESUS BUELVAS MUZA, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

R
LOS JARDINES
Centro Geriátrico
Recibido 25/06/2019.

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 19/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado
Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los centros
geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018 - agosto 2019.

Trabajo de titulación realizado por Verónica Targelia Mendieta Farfán

Código: Me08PreME06

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



INFORME FINAL DE TITULACION VERONIA TARGELIA MENDIETA FARFAN

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	7%	2%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	bdigital.ces.edu.co:8080 Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
3	www.redalyc.org Fuente de Internet	1%
4	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
5	www.uv.mx Fuente de Internet	1%
6	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	1%
8	ruc.udc.es Fuente de Internet	1%



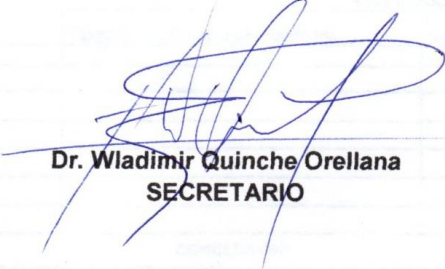
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 26 de agosto del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO





Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Prevalencia y factores asociados a depresión en adultas mayores de los centros Geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018 - Agosto 2019
Nombre del estudiante:	Verónica Terigelia Mendieta Farfan
Director:	Dr. Jorge de Jesús Buelvas Huza.
Nombre de par revisor:	

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			7 / 11
Redacción Científica	✓			7 / 11
Pensamiento crítico	✓			7 / 11
Marco teórico	✓			7 / 11
Anexos	✓			7 / 11
Total				5 / 15

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable



Firma de aceptación del estudiante

Verónica Mendieta

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores de los centros Geriátricos de Cuenca. Diciembre 2018 - Agosto 2019.

Nombre del estudiante: Verónica Bigelma Mendeta Forján

Director: Dr. Jorge de Jesús Buelvas Ruiz

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1/1
Redacción Científica	✓			1/1
Pensamiento crítico	✓			1/1
Marco teórico	✓			1/1
Anexos	✓			1/1
Total				5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

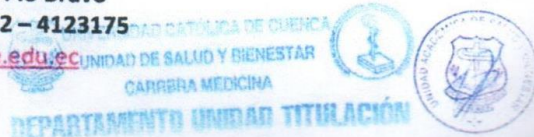
Observaciones y recomendaciones:

Dra. Rosa Solórzán
PSIQUIATRA
CONSEJ. CA-01-0059-
Dra. Rosa Solórzán
Firma y sello de responsable

Verónica Mendeta
Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Prevalencia y Factores asociados a depresión en Adultos Mayores de los Centros Geriátricos de Cuenca, Diciembre 2018 - Agosto 2019.
Nombre del estudiante:	Verónica Mendieta Parfán
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Jorge de Jesús Buelvas
Asesor:	Dr. Gabriel Anibal Hugo Herino

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

 UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
Unidad Académica de Salud y Bienestar
Dra. Ana Ortiz, Mgs.
SUBDIRECTORA CARRERA MEDICINA

**Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina**



Firma de aceptación del estudiante

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado septiembre 2017 – agosto 2018, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: La alumna MENDIETA FARFAN VERONICA TARGELIA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIATRICOS DE CUENCA. DICIEMBRE - AGOSTO 2019.", obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: Psic. Luis Miguel Ormaza/ Dra. Rosa Solorzano

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

