



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A  
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN  
SUCÚA. PERÍODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019.”**

**AUTORA:**

**KELY ELVIRA ARIAS QUEVEDO**

**DIRECTOR Y ASESOR DE INVESTIGACIÓN:**

**DR. HERMEL ESPINOSA**

**CUENCA – ECUADOR**

**2019**

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



### AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Cuenca, marzo 09 del 2020

Yo, Kely Elvira Arias Quevedo, con cédula de identidad número 0704838036, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SUCÚA. PERÍODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 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.



**Kely Elvira Arias Quevedo**

**C.I.: 0704838036**

**Autora.**

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



### CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Cuenca, marzo 09 del 2020

Yo, Kely Elvira Arias Quevedo, autora del trabajo de titulación **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SUCÚA. PERÍODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.



**Kely Elvira Arias Quevedo**

**C.I.: 0704838036**

**Autora.**

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

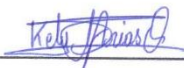


### CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Cuenca, marzo 09 del 2020

Yo, Kely Elvira Arias Quevedo, con cédula de ciudadanía número 0704838036, autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SUCÚA. PERÍODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019.”**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectarán permitirán conocer la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.



**Kely Elvira Arias Quevedo**

**C.I.: 0704838036**

**Autora.**

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## RESUMEN

**Antecedentes:** la depresión es una enfermedad mental en donde confluyen estados de ánimos como tristeza, ira, pérdida de interés, entre otros. Es un problema bastante común en adultos y se suele interpretar como un proceso normal en el envejecimiento, pero no lo es.

**Objetivo:** determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa. Período Abril a Diciembre del 2019.

**Metodología:** estudio de corte analítico de corte transversal. El muestreo fue probabilístico, estratificado y aleatorizado que valoró a 278 adultos mayores del cantón Sucúa. Se realizaron encuestas y test para medir la depresión y factores de riesgo. Los datos se analizaron con SPSS versión 25.0. Para la evaluación y el análisis de datos se utilizaron frecuencias y porcentajes, en tablas. Se utilizó el ODDS ratio (OR) para la evaluar la relación estadística entre los factores de riesgo asociados con la presencia de depresión.

**Resultados:** en la población de estudio, predominaron los sujetos de 65 a 74 años, mujeres, residentes en zonas urbanas, casados(as), de etnia mestiza. La prevalencia de depresión fue del 45,3% (29,1% leve y 16,2% establecida). La disfuncionalidad familiar 24,1% (OR= 7,157, IC95%: 3,722-13,76,  $p < 0,001$ ), el deterioro social severo 39,9% (OR= 3,384, IC95%: 2,049-5,589,  $p < 0,001$ ), el bajo nivel socioeconómico 82% (OR= 1,981, IC95%: 1,036-3,789,  $p < 0,05$ ), mostraron una relación estadísticamente significativa con la presencia de depresión.

**Conclusiones:** la depresión en los adultos mayores del cantón Sucúa es alta, siendo los principales factores de riesgo asociados: el bajo nivel socioeconómico, disfuncionalidad familiar y el deterioro social severo.

**Palabras Clave:** ADULTOS MAYORES, DEPRESIÓN, TEST DE YESAVAGE, FACTORES ASOCIADOS.

## ABSTRACT

**Background:** depression is a mental illness in which moods like sadness, anger, loss of interest, among others, come together. It is a fairly common problem in adults and is often interpreted as a normal process in aging, but it is not.

**Objective:** to determine the prevalence and factors associated with depression in older adults in the Sucua Canton. Period April to December 2019.

**Methodology:** an analytical cross-sectional study. Sampling was probabilistic, stratified and randomized. Which assessed 278 elderly of the canton of Sucua. Surveys and tests were conducted to measure depression and risk factors. Data were analyzed with SPSS version 25.0. For the evaluation and analysis of data, frequencies and percentages were used in tables. The ODDS ratio (OR) statistic were used to evaluate the statistical relationship between the risk factors associated with the presence of depression.

**Results:** in the study population, the predominant were subjects aged 65 to 74, women, urban residents, married persons, of mestizo ethnic group. The prevalence of depression was 45.3% (29.1% Mild and 16.2% Established). Family dysfunctionality 24,1% (OR= 7,157, IC95%: 3,722-13,76,  $p < 0,001$ ), severe social deterioration 39,9% (OR= 3,384, IC95%: 2,049-5,589,  $p < 0,001$ ), low socioeconomic status 82% (OR= 1,981, IC95%: 1,036-3,789,  $p < 0,05$ ), showed a statistically significant relationship with the presence of depression.

**Conclusions:** depression in older adults in the canton of Sucua is high, being the main risk factors associated: low socioeconomic status, family dysfunctionality and severe social deterioration.

**Keywords:** ELDERLY, DEPRESSION, YESAVAGE TEST, ASSOCIATED FACTORS.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer primero a Dios, por darme la vida, de la mano de dos seres maravillosos que sin su bendición y la de ellos, esta meta no estaría cumplida.

Gracias al primer regalo de nuestro padre celestial que, aunque no recuerde su imagen al nacer, la veo y la escucho siempre, ella es mi madre y el primer y eterno amor mi padre.

A mis hermanos por la confianza y apoyo incondicional. Mis adorados sobrinos que son mi motor diario. Familia y amigos que supieron alentarme y apoyarme siempre, y si de nombrar se tratara en estas hojas no bastaran.

A mi director Dr. Hermel Espinosa por la confianza y enseñanza otorgada en este proceso, y a mis maestros que me inculcaron valores, enseñanzas y metas.

Mil gracias a todos porque cada palabra emitida fue receptada y guardada en mi mente para alcanzar mi objetivo.

## **DEDICATORIA**

A todos los adultos mayores, a ellos cual misteriosa belleza que encierra sus sonrisas, aquella sonrisa que es un pedazo de cielo en la tierra. Esa emoción reflejada que nos dice que envejecer tiene sus placeres y que entre la niñez y la vejez hay un instante llamado vida. Gracias a ellos que combinan la gracia con las arrugas resultando adorables y enfatizando que hay un amanecer indescriptible en la vejez feliz.

LA AUTORA

## INDICE

Contenido	
<b>AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b> .....	2
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL .....	3
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
AGRADECIMIENTO .....	7
DEDICATORIA .....	8
<b>CAPITULO I</b> .....	12
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	12
<b>1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	14
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	14
<b>CAPITULO II</b> .....	15
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1 ANTECEDENTES</b> .....	15
<b>2.2 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	19
<b>2.2.1 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES</b> .....	19
<b>2.2.1.1 CONCEPTO</b> .....	19
<b>2.2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:</b> .....	20
<b>2.2.1.3 CAUSAS</b> .....	20
<b>2.2.1.4 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</b> .....	21
<b>2.2.1.5 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE ABREVIADA (GDS-15)</b> .....	23
<b>2.2.1.6 FACTORES DE RIESGO</b> .....	23
<b>2.2.1.6.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO</b> .....	24
<b>2.2.1.6.1.1 ESCALA SOCIOECONÓMICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC)</b> .....	24
<b>2.2.1.6.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS</b> .....	25
<b>2.2.1.6.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b> .....	26
<b>2.2.1.6.3.1 Test FF-SIL funcionalidad familiar</b> .....	27
<b>2.2.1.6.4 DIAGNOSTICO SOCIO-FAMILIAR</b> .....	28
<b>2.2.1.6.4.1 Escala de valoración socio-familiar de Gijón abreviada y modificada (versión Barcelona)</b> .....	28
<b>2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS</b> .....	29
<b>CAPITULO III</b> .....	30

<b>3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	30
<b>3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS</b> .....	30
<b>3.2. OBJETIVO GENERAL</b> .....	30
<b>3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	30
<b>CAPITULO IV</b> .....	31
<b>4 METODOLOGÍA</b> .....	31
<b>4.1 Diseño metodológico</b> .....	31
<b>4.1.2 Tipo de estudio</b> .....	31
<b>4.2 Área de investigación</b> .....	31
<b>4.2.2 Lugar</b> .....	31
<b>4.2.3. Ubicación</b> .....	31
<b>4.3 Universo y muestra</b> .....	32
<b>4.3.1. Universo de estudio</b> .....	32
<b>4.3.2. Selección y tamaño de la muestra</b> .....	32
<b>4.4 Población, muestreo y muestra</b> .....	34
<b>4.4.1 Población</b> .....	34
<b>4.4.4 Unidad de análisis y de observación</b> .....	35
<b>4.4.5 Tipo y diseño de investigación</b> .....	35
<b>4.4.6 Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	35
<b>4.4.7 Métodos técnicas e instrumentos para obtener la información</b> .....	35
<b>4.4.7.1 Métodos de procesamiento de la información</b> .....	35
<b>4.4.7.2 Técnica</b> .....	35
<b>4.4.7.3 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar</b> .....	35
<b>4.5 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos</b> .....	37
<b>4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES</b> .....	38
<b>CAPITULO V</b> .....	40
<b>5. RESULTADOS</b> .....	40
<b>5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO</b> .....	40
<b>5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.</b> .....	40
<b>5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	40
<b>5.3.1 Prevalencia de depresión en los habitantes seleccionados.</b> .....	40
<b>5.3.2 Análisis de las variables sociodemográficas de los adultos mayores.</b> 41	41
<b>5.3.3 Factores de riesgo asociados a depresión en los adultos mayores.</b> 42	42
<b>5.3.4 Relación de los factores de riesgo asociados a depresión.</b> .....	44

<b>CAPITULO VI .....</b>	<b>46</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>46</b>
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>52</b>
<b>7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>52</b>
<b>7.1 CONCLUSIONES .....</b>	<b>52</b>
<b>7.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>7.3 BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO NO. 1 ACTIVIDADES Y RECURSOS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO NO. 2 FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO NO. 3 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA YESAVAGE (45).....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO NO. 4 ESCALA SOCIOECONÓMICA DE LA INEC (29).....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO NO. 5 TEST FF-SIL FUNCIONALIDAD FAMILIAR (46).....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO NO. 6 ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN ABREVIADA Y MODIFICADA (VERSIÓN BARCELONA) (48) .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO NO. 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO NO. 8 CICLO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES (47).....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO NO. 9 CRITERIOS DE EPISODIO DEPREIVOS (DSM-5) (47).....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO NO. 10 OFICIO DE BIOÉTICA .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO NO. 11 OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO NO. 12 OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL CANTÓN SUCÚA.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO NO. 13 INFORME DE ANTIPLAGIO.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO NO. 14 RUBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO NO. 15 RUBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO NO. 16 INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO NO.17 ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES DE SUCÚA.....</b>	<b>81</b>

## **CAPITULO I**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Son muchas las etapas de la vida donde se experimentan cambios, los cuales pueden desconcertar la forma de vivir de los seres humanos, como el envejecer, que es simplemente un ciclo biológico donde las personas presentan diferentes alteraciones en su cuerpo y mente. Esta etapa es difícil y compleja de aceptar, independientemente de la historia, cultura y personalidad diversa de cada ser humano, además de las diferentes formas que tienen para enfrentarla (1).

Esta etapa que los ubica como adulto mayor, al ser referido por una escala de clasificación según la edad, se considera que una persona es de la tercera edad a partir de los 65 años, este rango de edad es tomado como la última etapa de la vida en una persona, el desarrollo se detiene y se visualiza como el fin de la misma (2).

Dentro de las limitaciones que se evidencian en los adultos mayores, encontramos las enfermedades crónicas, demencia y muchas veces depresión, esta última ha tomado un lugar importante en la vida de los ancianos, ya que existen múltiples razones para padecerlas, como: culminación de la vida laboral lo que lleva a hacerlos sentir menos productivos; su situación económica se desestabiliza convirtiéndose en una carga para la familia; y, las dificultades para relacionarse en su entorno se hacen más elevadas (3).

Estas acciones son direccionadas a la depresión que se presenta de manera trascendental en sus vidas, afectando las relaciones interpersonales, la afectividad, la comunicación, identidad y principalmente a la familia (3).

En este trabajo se desarrolló basado en la depresión de los adultos mayores de Sucúa y los factores asociados, tomando en cuenta los resultados de los test aplicados para obtener su prevalencia.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

El envejecimiento es un fenómeno natural e inevitable en la población. Los especialistas en cifras prevén que en el año 2020 habrá 1.200 millones de personas de edad en el mundo, donde una serie de factores, incluyendo un mejor control de las enfermedades crónicas, la mejora de la calidad de vida, la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad, etc., contribuyen a aumentar la esperanza de vida de la población. Sin embargo, el incremento en sí genera otros problemas, otras enfermedades y padecimientos asociados a la edad avanzada, como lo es la depresión. (4)

La depresión es un trastorno común de la salud mental, sobre todo durante la última etapa de la vida, la cual se manifiesta en diferentes grados, con diferentes síntomas y sus consecuencias son conocidas. Sin embargo, datos importantes de una revisión sistémica mostraron que la prevalencia de la depresión se encuentra en el 7.7% de los adultos mayores que buscan atención primaria, el 10.4% de los que viven en comunidades y el 14.4% se encuentra en el entorno hospitalario. (4) Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que el trastorno depresivo global en adultos mayores oscilaba entre el 10 y el 20% (5)

Esta patología muchas veces se asocia con una primera enfermedad, a la cual, termina agravándola (5). Tanto es así que, la OMS consideró como la segunda causa de morbilidad a nivel mundial y estimó que en el 2020 se constituirá una de las principales causas de muerte y discapacidad (4). Como si fuera poco, la prevalencia de discapacidad y mortalidad en todo el mundo han aumentado. Las personas con este tipo de trastorno tienen un 40% más de probabilidades de muerte prematura (5).

En Latinoamérica los datos de prevalencia de depresión en la tercera edad son variados. En México, en una población marginal, se reportó el 60%. En Perú la prevalencia fue del 9.8% en comunidades y en hospitales del 15.97%. Mientras que en Colombia, en un estudio ambulatorio, fue del 15,4% y en hospitales del 47%. No obstante en Chile varía entre el 7.6% y el 17.3% la depresión (6).

Este grupo etario hace una década englobaban el 4,2% de la población total, para el 2020 un 6,7% y para el 2050 se estima serán el 16%. Esta situación es más proclive en las ciudades más grandes, cabe resaltar (6). Si las causas no son modificadas en los próximos años, los factores de riesgos incrementarán y la prevalencia de depresión en este grupo será devastadora. Actualmente la prevalencia de depresión en adultos mayores se mantiene entre el 30 al 50% (7).

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El estudio queda justificado desde el punto de vista científico por la poca literatura disponible en Ecuador y en el idioma español en general. Los datos son escasos, debatibles, respecto a prevalencia. Pero aún más controversiales en lo que tiene que ver con los factores de riesgo. El ambiente regional en el cual se efectuaron las encuestas es muy complejo, pues se trata de una de las zonas más recónditas del Ecuador.

A título personal es una tarea que conllevó una tónica interesante desde lo intelectual. El poder descifrar depresión en una sociedad poco estudiada es sin dudas un estímulo trascendental y una posible línea de estudio del futuro.

Por otro lado, los resultados serán utilizados para el bienestar común de la sociedad, no solo del cantón Sucúa si no también se encontraría disponible para la población autóctona de manera general, catedráticos y estudiantes. Tampoco quedaría limitada solo a las áreas médicas, también creemos que es importante para la sociología, antropología y demás ciencias humanas. Esto daría luz verde a un estudio en dónde se evalúen ambos elementos, en una región del país dónde se podría comentar, sin temor a error, que el tema no ha sido tratado en lo absoluto.

## **CAPITULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

La depresión tiene una prevalencia alta a nivel mundial, se encuentran afectados aproximadamente 322 millones de personas; en una década (2005-2015), la prevalencia se incrementó a más del 18%, sobre todo en el sexo femenino (8). El nivel socioeconómico bajo y enfermedades cardio-metabólicas se prevé como factores de riesgos para desarrollar depresión, especialmente en la tercera edad (6, 8).

Warren D, realizó una investigación acerca del “trastorno depresivo en el adulto mayor”, en este estudio la prevalencia de depresión establecida fue del 5%, y del 8% al 16% presentaban síntomas de depresión clínicamente significativas, estas cifras aumentaron en el área de salud al relacionarlas con alguna comorbilidad. En atención primaria esta relación tiene una prevalencia del 10% y en hospitales el 37% (9).

La depresión no solo disminuye la calidad de vida, si no también influye en el pronóstico de otras enfermedades crónicas, agravándolas (10).

Las estimaciones varían según el tipo de herramienta de estudio, la región geográfica, los métodos de muestreo y la presencia de demencia. La estimación conjunta debe interpretarse con cautela, ya que los estudios incluidos en esta revisión tienen diferente metodología y variados instrumentos de evaluación (10).

#### **Antecedentes internacionales**

En Sudáfrica en el 2019, Padayachey et al, realizan un cuestionario dirigido a 255 pacientes de una entidad de salud privada para determinar la prevalencia de depresión en la tercera edad, el resultado fue del 40% indicando que los participantes que reportaban un mal estado de salud, por ser hipertensos, diabéticos y presentar problemas cardiacos tenían 21 veces más probabilidades de estar deprimidos (11).

La investigadora Pilana, en la India, en 2019, recogió 51 estudios publicados entre los años 1997 y 2016, en lo que se considera uno de los estudios más exhaustivos que se recuerdan en la literatura especializada, estudios que fueron detalladamente ojeados, concluyendo que, alrededor de un tercio de la población de ancianos en la India, sufría de depresión con predominio femenino (10).

Mirkena y Reta M, en 2018, en Etiopía, analizan una muestra durante los meses de mayo y junio, con una prevalencia de depresión de 41.8%; utilizando la escala de depresión geriátrica ítem 15 (GDS-15) y realizando entrevistas personales a 800 participantes del estudio. Los resultados indicaron que: el sexo femenino (OR= 1,72; IC95%: 1,12; 2,66), el convivir con niños (OR= 3,19; IC95%: 1,14; 8,93) y la jubilación (AOR = 3,95), se asociaron de manera importante con depresión en estos adultos mayores (12).

En España, Gutiérrez, 2014, en su estudio: Características y factores asociados a la depresión en el anciano en España desde una perspectiva de género, encontraron mayor frecuencia y vulnerabilidad de depresión en mujeres y puede guardar relación con el nivel educativo, patología crónica y el apoyo social. Recalcaron la necesidad de realizar estudios longitudinales que ratifiquen el papel e influencia de éstos y otros factores (13).

En Cuba, Llanes, 2015, estudia los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, dirigidos a 146 ancianos. Su prevalencia, 50.69% en depresión establecida, evaluada con la escala geriátrica de Yesavage. Los factores de riesgos sociales, entre ellos la necesidad de comunicación social y la viudez, alcanzaron los mayores índices en el estudio con 56.85% y 56.16% respectivamente. Mientras el factor psicológico que más influyó fue el temor a la muerte, con un 78.08% y entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, con el 86.98% provocando, la inadaptación a la jubilación y la falta de comunicación, creando una mala convivencia familiar (14)

Salazar, en 2015, en Bogotá-Colombia, realizó un estudio para estimar la prevalencia de depresión en 889 adultos mayores y describir los factores de riesgo psicosociales asociados. Su prevalencia fue evaluada con la escala

geriátrica de Yesavage. Se encontró 18.6% de depresión, 16% en estadio leve y moderada, y, 2.6% en estadio severo. El 23% de los afectados eran adultos de 70-79 años, además de solteros y viudos. Los resultados aportaron estadísticas significativas entre depresión y factores psicosociales como vivir solo, insomnio, comorbilidades, luto por un familiar o amigo cercano en el último año, además de cursar una grave crisis económica (15).

Quispe, en Cajamarca, Perú, en 2019, determinó la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en 40 adultos mayores del programa de pensión-65. Se aplicó la escala de Yesavage y su reporte fue 72.5% de depresión de nivel leve. Se encontró como factores de riesgo biológicos: dolor crónico el 72.5%, 70% por enfermedades crónicas (hipertensión, artritis, osteoporosis y gastritis), 57.5% falta de tratamiento médico y el 52.5% del sexo femenino; entre los factores psicológicos: temor a enfermarse 95%, miedo a la muerte el 75% y sentimiento de inutilidad al realizar las actividades diarias un 70%; y, respecto al factor social: el 47,5% de los familiares les excluyen de las tomas de decisiones y actividades diarias (16).

Manrique en Arequipa, Perú, en el 2019, en su estudio: “factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor”, trabajó con 71 adultos mayores. La escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, presenta el 77.46%, de manifestaciones depresivas. En esta investigación predominó el sexo femenino y el grupo etario mayor a 71 años. Además del deterioro cognitivo leve, que tiene una relación estadísticamente significativa con la depresión, el cual fue evaluado con el cuestionario abreviado de Pfeiffer (17).

### **Antecedentes nacionales**

Silva y Vivar V, en el 2015, en Ecuador, estudiaron los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS). Su prevalencia total fue del 50%, de las cuales, 25% era leve, 12.5% moderada y el otro 12.5%, grave. Sin embargo los factores que favorecen a los síntomas depresivos en esta investigación son: el estado de dependencia, la disfuncionalidad familiar, la falta de apoyo emocional, el luto, y la jubilación (18).

Sigüenza, en el 2015, en Cuenca, realizó una investigación para determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en 117 adultos mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del IESS, Cuenca. Se aplicó la escala depresión geriátrica de Yesavage, su prevalencia total fue del 33.33%, el 30.77% es nivel leve y el 2.56% moderada. Es frecuente en el sexo femenino y en el grupo de 70 a 79 años. Se encontró asociación estadísticamente significativa con la ocupación OR= 0.20 IC95%: 0,07-0,57 valor de p = 0,01 (19).

Sin embargo, la prevalencia de depresión en el estudio anterior, aun siendo del mismo año, la diferencia radica en que su estudio es descriptivo de carácter mixto se utilizó además el método de estudio de caso. Con un número menor de participantes, 8 adultos mayores (18).

Sinchire Gómez, en 2017, en la ciudad de Loja, estudió los factores que influyen en la depresión en 130 adultos mayores que acudieron a centros gerontológicos de dos parroquias, aplicando el test de Yesavage. Reportaron que la prevalencia total era de 36% de depresión, 30% eran trastornos depresivos moderados, 6% severos y 64% no presentaba depresión. Los principales factores de riesgo son: 10% las enfermedades degenerativas, 15% dolor crónico, 17% abandono, 19% nivel socioeconómico bajo y 11% la falta de apoyo familiar y social. Concluyendo que los factores de riesgo serían biológicos y sociales (7).

Un análisis más reciente en Ecuador fue llevado a cabo por Diana Plasencia y Gloria Tigre, en 2018, en la ciudad de Cuenca, en la provincia del Azuay, con el test de Yesavage con el fin de identificar depresión en un grupo de 70 adultos mayores de 71 a 80 años. La cifra total es de 61.4%, el 41.4% es depresión moderada y el 20% es severa, dejando claramente especificado que la depresión moderada es la que predomina en los adultos mayores del centro gerontológico Juan Pablo II(20).

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES**

#### **2.2.1.1 CONCEPTO**

La depresión es una enfermedad del sistema nervioso que consiste en un desequilibrio de los neurotransmisores que actúan internamente en el cerebro como comunicadores, en donde se transmite una serie de información de neurona a neurona como el dolor, el miedo, la tristeza, etc. (16).

En la depresión ocurre un desequilibrio con un neurotransmisor llamado serotonina, la cual es una sustancia del placer y otras sustancias derivados de la adrenalina, que ocasionan un estado de tristeza y melancolía (16).

Según el DSM-5, una persona padece de depresión cuando tiene algunos de los siguientes trastornos por las siguientes dos semanas (21):

Estado de ánimo deprimido durante el día, es especial por la mañana.
Cansancio o falta de energía la mayoría de los días.
Sentimiento de inutilidad frecuentemente.
Mala concentración.
Incapacidad de recordar detalles y tomar decisiones.
Incapacidad para conciliar el sueño.
Exceso de sueño.
Pensamiento de suicidio.
Sentimiento de inquietud o desacelerado

El Instituto Nacional de la Salud Mental indica que es una enfermedad que compromete la estabilidad mental y física, afectando las interrelaciones socio-familiares, conocido como ciclo de la depresión (ver anexo 8), al cual se le asocia e identifica con los criterios del DSM-5 (ver anexo 9) (20).

### **2.2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:**

En países como Australia y Estados Unidos, se han hallado tasas de prevalencia general de los síntomas depresivos en adultos mayores, del 9.1% al 9.8% respectivamente (22). En China, Wang y Cols han dado con un 27% en estudios bastante reciente (23).

En el 2016 casi el 7% de los adultos mayores estadounidenses experimentaron al menos un episodio depresivo importante en el último año. La prevalencia de por vida de un trastorno del estado de ánimo es casi el 30% en las poblaciones de atención primaria. Los pacientes son más propensos a recibir tratamientos de ellos que de los profesionales de la salud mental (24).

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, con prevalencia 5.8 a 10% (25).

En Ecuador en el 2018, el proyecto Atahualpa, realizó un estudio en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. Sin embargo, hay varios estudios, en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general (6).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. La prevalencia de depresión en la tercera edad, en 2018, con el método Euro-dep: Islandia (8.8%), Alemania (23.6%), Suecia (12% al 14%) y Taiwan (21.2%) (6).

### **2.2.1.3 CAUSAS**

Las causas de la depresión no se comprenden completamente y puede que no se reduzcan a una sola fuente. Esto es probable que sea debido a una combinación compleja de factores que incluyen cambios genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos y sociales (21).

El factor biológico: posiblemente existe un deterioro orgánico como: el déficit de vitaminas y minerales; enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), etc. Y enfermedades de la glándula tiroides y paratiroides (20).

El factor psicológico: durante el envejecimiento pueden surgir una serie de pensamientos y emociones como el temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, por ejemplo, la aparición de alguna enfermedad, lo cual lleva al adulto a vivencias de inutilidad, inseguridad, disminución de la autoestima, tristeza, soledad, entre otros (20).

Factor social: es común que, durante este periodo vital, el adulto mayor experimente acontecimientos estresantes y la necesidad de readaptación ante sucesos bruscos como: la pérdida de algún familiar, la jubilación, el diagnóstico de alguna enfermedad, etc. Y ante la falta de apoyo y comprensión (20) esto conlleva el aislamiento por parte de un entorno, que puede por sí provocar depresión o agravarla, además de influir de manera negativa en el estado de salud (6).

“Una hipótesis como causa de depresión, es el ritmo cardiaco del sueño, este al ser alterada aumenta los niveles de catecolaminas durante sus horas de sueño, provocando como tal depresión en la tercera edad“ (20).

#### **2.2.1.4 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

En esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el adulto mayor no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece (18).

Para su diagnóstico se puede utilizar herramientas como el test de geriátrico de Yesavage, además de tomar en cuenta que, en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros es más frecuente encontrar (Cortés, 2011):

Irritabilidad o enojo	Actitudes obsesivas o compulsivas
Aislamiento social	Agitación, ansiedad, preocupación
Somatización	Pérdida del apetito con pérdida de peso
Problemas maritales	Deterioro cognitivo o alteraciones de la memoria (18)

La literatura sostiene tres componentes para el manejo de la depresión; siendo una enfermedad mental tratable, es fundamental lo siguiente (26):

- Psicoterapia, también conocida como 'terapia de conversación', en atención primaria puede administrarse como tratamiento de primera línea o como complemento de los antidepresivos.
- Terapia cognitiva conductual (TCC) su función es identifica los pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros útiles con la intención de modificar comportamientos y emociones negativas que perpetúan la depresión.
- Tratamiento farmacológico, específicamente antidepresivos (imagen 1).

Antidepresivo	Dosis inicio (mg/día)	Dosis promedio (mg/día)	Dosis máxima (mg/día)	Efectos adversos comunes	Efectos adversos serios (raros)
Citalopram*	10	20-40	20 en >65 años 40 en <65 años	Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, cefalea, disfunción sexual	Hemorragia 2ria a trombocitopenia, hiponatremia, SSIADH, *prolongación QT
Escitalopram*	5	10-20	10 en >65 años 20 en <65 años		
Sertralina	25	50-150	200		
Venlafaxina	37.5	75-225	375	Náuseas, diarrea, mareos, cefalea, disfunción sexual, diaforesis, boca seca	Hipertensión
Mirtazapina	15	30-45	45	Boca seca, sedación, aumento de apetito, aumento de peso	Aumento colesterolemia

Adaptado de: Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician* 2014;60:121-6  
 Kok R, Reynolds C. Management of Depression in Older Adults, A Review. *JAMA*. 2017;317(20):2114-2122  
 Taylor WD. Depression in the Elderly. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1228-36

### **2.2.1.5 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE ABREVIADA (GDS-15)**

Una primera versión de la escala Geriátrica de Depresión de Yesavage constaba de 30 ítems (GDS-30) publicada por Yesavage & Brink en el año 1983. Tres años más tarde, se publicó una versión de 15 ítems (GDS-15) por Sheik & Yesavage (25).

Esta última versión, ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje ante la sospecha de depresión en personas adultas mayores y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental. Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado (25).

Se aplica en personas de 65 años y más, además de que la 3 y 4 pregunta, apuntan a sospecha de depresión y ansiedad (25).

La puntuación es asignada de la siguiente manera:

- 1 punto: Si la respuesta es positiva en las preguntas 2,3, 4, 6, 8, 9, 10, 12,14 y 15.
- 1 puntos: Si la respuesta es negativa en las preguntas: 1, 4, 7, 11 y 13.

Valores:

- Normal: 0 a 5 puntos.
- Depresión: leve: 6 a 9 puntos.
- Depresión establecida: 10 a 15 puntos.

### **2.2.1.6 FACTORES DE RIESGO**

Factores de riesgo incluyen:

- Eventos de la vida: Duelo, divorcio, relaciones con amigos y familiares, problemas financieros, preocupaciones médicas, o estrés agudo.
- Genéticos: Tener familiares de primer grado con depresión, es un riesgo.
- Personalidad: Aquellos con estrategias de afrontamiento menos exitosas, o trauma de vida anterior son más susceptibles.
- Algunos medicamentos recetados: entre ellos los corticosteroides, algunos betabloqueantes (27).

### 2.2.1.6.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO

El nivel socioeconómico de una persona que pasa los 65 años es sin lugar a dudas una de los factores predisponentes por antonomasia para intentar explicar la depresión en ellos. Lo es también para personas en otras edades, pero en el último tramo de la vida es sin dudas un elemento muy importante.

En tiempos recientes se ha investigado esta relación de manera importante. Uno de los intentos más recientes, controversiales y profundos es el de Sivertsen H., en el año 2015. Los autores tomaron muestras de varias bases de datos hasta conformar un total de 74 estudios dedicados al tema. Los resultados fueron contundentes: las personas mayores deprimidas tenían una calidad de vida peor que las personas no deprimidas. Entonces el aumento en la gravedad de la depresión se asoció con una calidad de vida global relacionada con una mala salud (28).

#### 2.2.1.6.1.1 ESCALA SOCIOECONÓMICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC)

El instituto Nacional de Estadística y Censos es el órgano rector de la estadística nacional y el encargado de generar las estadísticas oficiales del Ecuador.

Entre 1830 y 1973 se instaura varios organismos encargados de las estadísticas y los censos en el país no es hasta el 7 de mayo de 1976, mediante decreto 323 que se crea el INEC (29).

La encuesta refleja que en Ecuador se divide en 5 estratos, el 1.9% pertenecen al estrato A, el 11.2% al nivel B, el 22.8% en nivel C+, el 49.3% en estrato C – y 14.9% en nivel D (29). La pirámide socio-económica del ecuatoriano (imagen 2)

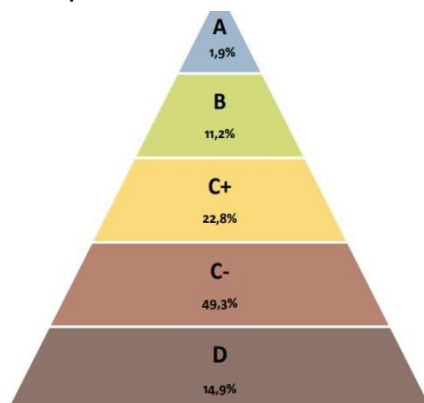


Imagen 2: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (29).

Ítems	Preguntas
Características de vivienda	5
Acceso a tecnología:	4
Posesión de bienes	7
Hábito de consumo	5
Nivel de educación	1
Actividad económica del hogar	3

#### Clasificación socio-económica (29)

Estratos	Valor
Alto	845.1 - 1000
Medio alto	696.1 – 845
Medio típico	535.1 – 696
Medio bajo	316.1 – 535
Bajo	0 – 316

Esta escala en el nuestro estudio permite evaluar y relacionar lo económico; permite así confirmar o descartar si lo socio-económico es una causa posible en el adulto mayor para desencadenar depresión.

#### 2.2.1.6.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Una enfermedad crónica es aquella en la que los síntomas de la persona prolongan a largo plazo de manera que perjudica su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinas normales. Algunos padecimientos de tipo crónico suelen ser elementos perturbadores en la psiquis de las personas (30).

Las enfermedades crónicas más destacadas son: diabetes, hipertensión, angina, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, osteoporosis, artritis, tuberculosis, asma, hepatitis B, dermatitis atópica y rinitis alérgica. (30).

El grado de alteración estaría en dependencia de dos elementos:

- El tiempo que la personas lleve con la enfermedad
- Lo que afecte la misma su calidad de vida (30).

Una de las investigaciones más recientes en 253 centros nacionales de salud pública, al respecto es la llevada a cabo por Joo Yeon Seo et al, en el año 2017. El autor analizó la relación entre depresión y enfermedades de carácter crónico en los adultos mayores. Los resultados fueron concluyentes: el 18% a 28% de los adultos presentaban diabetes y el 16.7% con hipertensión experimentan depresión. Sin embargo, la prevalencia de síntomas depresivos en la población de edad avanzada fue de 17.32%, significativamente mayor que en la población de mediana edad con el 9.59%. Estas cifras son más altas que las de los grupos sin enfermedades crónicas (30).

El cáncer quizás sea, de todas las enfermedades crónicas, la más depresiva. Sobre todo por la cantidad de variantes que se dan. Una de ellas, es el cáncer de mama, que se da en mujeres en más de un 98% de los casos. Aquí las cifras de depresión son casi absolutas, respecto a la población estudiada. Por ejemplo, Azar Jafari encontró hasta un 69.5% de depresión grave en una muestra de 160 estudios escogidos de un meta-análisis de varias bases de datos (31).

### **2.2.1.6.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Es la característica relativamente estable de relaciones interpersonales que se establece en el interior de cada familia y que le dan identidad propia (24).

Si bien es cierto las estructuras familiares sólidas y duraderas, a medida que el tiempo pasa van en decadencia, debido a factores externos e internos de un núcleo familiar, convirtiéndose en un factor predisponente de la depresión en el adulto mayor (24).

Pero más allá de la estructura es el funcionamiento que determinada que familia tiene, porque cuando éste se altera, debido a alguna situación emergente, donde alguno de los integrantes requiera el apoyo íntegro del núcleo familiar, se debe ayudar a afrontar, ya sea una enfermedad o situación a la que se encuentre expuesta en su ciclo de vida (25).

Existen las familias funcionales y disfuncionales:

- La familia funcional: es aquella que satisfecha y voluntariamente desempeña sus funciones de manera permanente según el ciclo de vida presente, sin rebasar sus límites y fronteras, respetando la jerarquía establecida y sus funciones específicas que no modifiquen su estructura e identidad (32).
- Familia disfuncional: es aquella que puede manifestarse a través de síntomas de los integrantes, donde existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades básicas de casa uno de los miembros y cuando se invierte la jerarquía. Familia donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes, ni tampoco se delegan responsabilidades (32).

La funcionalidad familiar se relacionó con depresión. El 39% de adultos mayores que viven en familias disfuncionales presentan depresión; La funcionalidad familiar se relaciona con los factores protectores y de riesgo. (32)

Si el fortalecimiento fuera hacia el bienestar relativo del adulto mayor, se permitiría que lleven una vejez con positivismo, pero para ellos se debe facilitar relaciones familiares e integradoras y activas con la sociedad.

### 2.2.1.6.3.1 Test FF-SIL funcionalidad familiar

Según el test psicológico cubano de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) propuesto por Ortega Veitia, en 1999, considera 14 situaciones que pueden ocurrir o no en las familias evaluando así 7 variables: cohesión, afectividad, armonía, comunicación, permeabilidad adaptabilidad y roles. Sus perspectivas eran si habría familias funcionales (70 a 43 puntos) o disfuncionales (42 a 14 puntos). (32,33)

El test- FF-SIL fue diseñado con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar, consta de 14 preguntas y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Sin embargo, Louro I, en el 2012, concluyó que más de la mitad de la muestra perciben el funcionamiento familiar en sus hogares como moderadamente funcionales y actualmente son 4 intervalos (32).

Para cada situación existen 5 respuestas cualitativas, cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativa, según su percepción como miembro familiar, al final se suma los puntos que corresponde a un intervalo (32).

La escala es cualitativa:

Respuestas	Puntaje
Casi nunca	1
Pocas veces	2
A veces	3
Muchas veces	4
Casi siempre	5

Funcional	70 a 57
Moderadamente funcional	56 a 43
Disfuncional	42 a 28
Severamente disfuncional	27 a 14

#### **2.2.1.6.4 DIAGNOSTICO SOCIO-FAMILIAR**

Si bien es cierto, uno de los factores asociados a un índice elevado de presión es la influencia social y familiar y más aún, en las personas de la tercera edad, la integración a un medio cotidiano y diario, aunque lamentablemente estudios revelan lo contrario. La convivencia de manera que, son los adultos mayores los que viven aislados de sus familiares, especialmente el género femenino (24).

##### **2.2.1.6.4.1 Escala de valoración socio-familiar de Gijón abreviada y modificada (versión Barcelona)**

A partir de la versión original de Gijón, García J, en 1999, suprimió ítems debido a una validación preliminar poco predictivos al alta, tras una hospitalización; así mismo, se ha modificado la redacción de algunos de los ítems originales (17).

Esta versión de Barcelona ha sido validada para la predicción del retorno al domicilio y del riesgo de institucionalización, 2004 (17).

Esta escala permite evaluar el nivel socio-familiar, situar los riesgos o problemáticas sociales, es un instrumento muy provechoso para determinar específicamente la medición en la situación social que se encuentre, utilizada especialmente en los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria.

Consta de 3 ítems: situación familiar, relaciones y contactos sociales, apoyo social y cada una tiene 5 preguntas (17).

<b>Calificación</b>	<b>Puntaje</b>
Buena/aceptable situación social	7
Existe riesgo social intermedio	8 a 9
Deterioro social severo.	Más de 15

## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Trastornos del estado de ánimo:** perturbación de la salud mental, caracterizada por depresión constante, presentando desinterés por las actividades de la vida diaria (32).

**Ansiedad:** sentimiento experimentado antes una situación de incertidumbre y amenaza (34).

**Sistema nervioso central:** es llamado central porque combina información de todo el cuerpo y coordina la actividad a través de todo el organismo al estar conformado por el cerebro y la médula espinal (35).

**Estrés oxidativo:** es una hiperactividad hormonal, particularmente al relacionar lo corticoesteroides de la corteza suprarrenal (36).

**Antidepresivo:** tratamiento popular para la depresión, el cual puede no curar la depresión más si reducir los síntomas (37).

**Terapia de la conducta:** es una terapia basada conductismo la misma que refuerza los comportamientos deseables y elimina las adaptaciones no propicias y no deseadas (38).

**Modificación de conducta:** situación donde existe prohibición de conductas inapropiadas y es obligatorio realizar un cambio para evitar que sea repetitivo en el futuro (39)

**Depresión melancólica:** trastorno depresivo de origen principalmente biológico, por herencia de trastorno de sus padres (40).

**Psicofarmacología:** es estudio del uso de medicamentos en el tratamiento de trastornos mentales. La complejidad de este campo requiere un estudio continuo para mantenerse al día con los nuevos avances (41).

## **CAPITULO III**

---

### **3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

La prevalencia de depresión en los adultos mayores se acercará al 50% y estará relacionado con los principales factores de riesgo: comorbilidad, polifarmacia, nivel socio-económico bajo, disfuncionalidad familiar y abandono socio-familiar.

#### **3.2. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Catón Sucúa.

#### **3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores del cantón Sucúa según la escala de Yesavage.
2. Caracterizar socio-demográficamente a la población de estudio: Edad, sexo, estado civil, residencia y etnia.
3. Establecer los principales factores de riesgo asociados con depresión: Comorbilidades, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, familias disfuncionales y un deterioro social severo.
4. Establecer la relación entre depresión y sus factores asociados.

## **CAPITULO IV**

### **4 METODOLOGÍA**

#### **4.1 Diseño metodológico**

##### **4.1.2 Tipo de estudio**

- Se trata de una investigación de enfoque cuantitativa, con metodología de estudio analítico y de corte transversal.

#### **4.2 Área de investigación**

##### **4.2.2 Lugar**

- Cantón Sucúa, provincia de Morona Santiago, Ecuador.

##### **4.2.3. Ubicación**

- Sucúa, ubicada al Sudeste de la provincia de Morona Santiago.
- Límites:
  - Norte: Catón Morona
  - Sur: Cantones de Santiago y Logroño
  - Este: Catón Morona
  - Oeste: Provincias Cañar y Azuay
- Superficie:
  - Superficie general: 1.279 Km<sup>2</sup>, la parroquia de Sucúa ocupa el 59% del total de la superficie cantonal y su ocupación territorial (98.22%), evidencia que es eminentemente rural.
- División política: 4 parroquias, según el censo de población y vivienda total del 2010, del INEC:
  - Sucúa: 3978 viviendas y 12619 habitantes.
  - Huambi: 932 viviendas y 2891 habitantes.
  - Asunción: 471 viviendas y 1903 habitantes.
  - Santa Marianita de Jesús 365 viviendas y 905 habitantes.
- Adultos mayores
  - El INEC del 2010 indica que el 5% de la población corresponde al Adulto Mayor, con 944 habitantes de la tercera edad.
  - Las proyecciones poblacionales del GAD-Sucúa para el 2019 son de 1199 habitantes del área geriátrica (> 65 años) los que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- Parroquia Sucúa: 919 Adultos mayores
- Parroquia Huambi: 108 Adultos mayores
- Parroquia Asunción: 80 Adultos mayores
- Parroquia Santa Marianita de Jesús: 95 Adultos mayores



### 4.3 Universo y muestra

#### 4.3.1. Universo de estudio

El universo es finito, probabilístico y heterogéneo, población de adultos mayores del Catón Sucúa; con proyecciones poblacionales GAD-Sucúa (Gobierno Autónomo Descentralizado de Sucúa) elaborado por un Técnico del GAD-Sucúa, PD (Plan de Desarrollo) y OT (Ordenamiento territorial) se conoce que alrededor de 1199 adultos mayores habitan en las zonas urbanas y rural del Cantón Sucúa, con una distribución porcentual de:

- Parroquia Sucúa 76%
- Parroquia Huambi 9%
- Parroquia Santa Marianita 8%
- Parroquia Asunción 7%.

#### 4.3.2. Selección y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para una población conocida, basándose en la variable de menor prevalencia 36% de depresión (7), el 95% de intervalo de confianza y un margen de error del 5% se aplicó en la formula sierra bravo. Además, se tomó de referencia el último censo data del año 2010, con proyecciones poblaciones del 2019 del adulto mayor para determinar la muestra.

**Fórmula Sierra Bravo:** Para población conocida:

$$n = \frac{(N) (P) (Q) (z^2)}{(N-1) (e)^2 + (P) (Q) (Z^2)}$$

**VARIABLES NOMINALES:**

- **n:** Tamaño muestral.
- **N:** Numero de la población conocida.
- **P:** Prevalencia del fenómeno en estudio.
- **Q:** 1 - p.
- **Z:** Valor correspondiente a la distribución de Gaus 1.96
- **e:** Tolerancia de error (mayormente a 5%)

La p es la proporción de personas que padecen la patología que se busca. En esta ocasión es depresión y para ellos nos vamos a guiar por el 36% encontrado en la tesis del Dr. Vinicio Sinchire (7)

- La q es la proporción de personas que no padecen la patología que se busca. En este caso es del 64% (64/100 = 0.64)
- La p es la prevalencia del fenómeno a estudiar, 36%: (36/100 = 0.36)
- La Z es el nivel de confianza: 95% (1.96\*1.96 = 3.84)
- La e es el error muestral que será del 6%. (6/100= 0.06\*0.06 = 0.0036)
- La muestra escogida fue de 278 personas.

**Desarrollo:**

$$n = \frac{(N) (P) (Q) (z^2)}{(N-1) (e)^2 + (P) (Q) (Z^2)} = \frac{(1199) (0.36) (0.64) (1.96^2)}{(1199-1) (6\%)^2 + (0.36) (0.64) (1.94^2)}$$

$$n = \frac{(1199) (0.36) (0.64) (3.84)}{(1198)(0.06)^2 + (0.36)(0.64)(3.84)} = \frac{(1199) (0.36) (0.64) (3.84)}{(1198) (0.0036)+(0.36)(0.64)(3.84)}$$

$$n = \frac{(1199) (0.884736)}{(4.3128) + (0.884736)} = 278$$

#### 4.4 Población, muestreo y muestra.

##### 4.4.1 Población

La población la constituyeron todos los adultos mayores del cantón Sucúa.

##### 4.4.2 Muestra

Se escogieron los 278 adultos mayores que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

##### 4.4.3 Muestreo

Muestreo probabilístico, aleatorio y estratificado. Cada estrato estuvo conformado por cuatro parroquias que pertenecen al Cantón Sucúa y el número de participantes se tomó en relación al porcentaje de adultos mayores que habitan en dichas parroquias, las que se distribuyó de la siguiente manera:

1199	→	100%	278	→	100%
916	×	<b>x = 76%</b>	211	×	76%

- Sucúa: 211 Adultos Mayores

1199	→	100%	278	→	100%
108	×	<b>x = 9%</b>	25	×	9%

- Huambi: 25 Adultos Mayores

1199	→	100%	278	→	100%
95	×	<b>x = 8%</b>	22	×	8%

- Santa Marianita: 22 Adultos Mayores

1199	→	100%	278	→	100%
80	×	<b>x = 7%</b>	20	×	7%

- Asunción: 20 Adultos Mayores

Un total de 278 adultos mayores, todos estos datos fueron basados en la información obtenida del censo y proyecciones poblacionales realizados por el GAD-Sucúa, PD y OT para realizar la estratificación de estudio. Además, de la nómina de los grupos de adultos mayores de cada parroquia, obtenidos por el municipio, para realizar la aleatorización respectiva mediante la tabla de números aleatorios, en el programa Excel 2016.

#### **4.4.4 Unidad de análisis y de observación**

- Adultos mayores del cantón Sucúa.

#### **4.4.5 Tipo y diseño de investigación.**

- Se trata de una investigación analítica de prevalencia y factores asociados, basada en un estudio de corte transversal.

#### **4.4.6 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de 65 años o más que residan en el Cantón Sucúa.
- Adultos mayores que desean participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

##### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que tengan alguna alteración cognitiva que le impida responder los cuestionarios y test.

#### **4.4.7 Métodos técnicas e instrumentos para obtener la información**

##### **4.4.7.1 Métodos de procesamiento de la información**

El método empleado fue la entrevista estructurada y la aplicación de test.

##### **4.4.7.2 Técnica.**

Se aplicó una encuesta preestablecida de aspectos sociodemográficos, comorbilidades, polifarmacia y los test (escalas geriátricas de Yesavage, socio-económica del INEC, socio-familiar de Gijón y de funcionalidad familiar: TEST FF-SIL), con el fin de recolectar la información necesaria para la investigación.

##### **4.4.7.3 Procedimiento para la recolección de la información y descripción de instrumentos a utilizar**

**Autorización:** El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de investigación y el comité de ética de la Universidad Católica de Cuenca.

**Capacitación al investigador:** Previo a recolectar la presente información, fue necesario realizar revisiones bibliográficas del manejo del test y escalas, además de la asesoría del tutor-asesor como reducción para después poder realizar una capacitación al personal de salud que colaboró en la recolección adecuada de datos de este proyecto.

**Supervisión:** Realizada por el Director de tesis: Dr. Hermel Espinosa.

**Instrumento:** Formulario de recolección de datos, que incluye la información recogida obtenida de los cuestionarios y test (anexo 2).

Previo a las encuestas, los integrantes tenían el derecho de aceptar o no, para ello firmaron un consentimiento informado. En caso de asentir se realizó un cuestionario de preguntas a los adultos mayores, que consta de datos sociodemográficos, enfermedades concomitantes, polifarmacia, además de la aplicación de los siguientes test:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Conformado por 15 ítems; con resultados de normal con 0-5 puntos, leve 6-9 puntos y depresión establecida con 10-15 puntos (anexo 3).

- Escala Socioeconómica del INEC: Estructurado por 6 ítems: que valora: características de vivienda: 5 preguntas, acceso a tecnología: 4 preguntas, posesión de bienes: 7 preguntas, hábito de consumo: 5 preguntas, nivel de educación: 1 pregunta y actividad económica del hogar: 3 preguntas, con resultados de economía alta: 845.1 a 1000 puntos, medio alto: 696.1 a 845 puntos, medio típico: 535.1 a 696 puntos, medio bajo: 316.1 a 535 puntos y bajo: 0 a 316 puntos (anexo 4).

- Diagnóstico funcional familiar con el Test FF-SIL: consta de 14 preguntas; las que determinan si hay una familia funcional: 70-57 puntos, modernamente funcional: 56-43 puntos, disfuncional: 42-28 puntos y severamente disfuncional: 27 a 14 puntos (anexo 5).

- Escala socio-familiar de Gijón abreviada y modificada: Consta de 3 ítems con 5 preguntas cada una. Determinando si existe una situación social buena:  $\leq 7$  puntos, intermedia: 8 a 9 y deterioro social severo  $>10$  (anexo 6).

Los datos recogidos en el formulario se volcaron en una base de datos confeccionada en Microsoft Excel 2016.

#### **4.4.8 Tablas**

Las tablas fueron simples y de doble entrada, que incluyeron las variables analizadas y las relaciones entre la depresión y los factores de riesgo asociados.

##### **4.4.8.1 Medidas estadísticas.**

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS v22.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se emplearon variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

Para medir la relación entre la presencia de depresión y los factores de riesgo asociados se empleó el Odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95%. Para esto se aceptó un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ . El resultado del OR puede interpretarse como. Mayor a la unidad es un factor de riesgo, se menor a la unidad se cataloga como factor protector, e igual a la unidad no se presenta riesgo.

#### **4.5 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos**

Se consideraron los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos; además se tuvo la aprobación del comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca. La encuesta sociodemográfica y económica, y los test aplicados serán anónimos completamente. Los adultos mayores que deseen participar serán reservados en anonimidad, con firma previa de consentimiento informado.

La presente investigación no representa riesgo alguno para los adultos mayores elegidos en la muestra de estudio. El formulario de recolección de datos, tuvo únicamente una finalidad investigativa, para alcanzar el cumplimiento de los objetivos del estudio. No se realizó intervención alguna en las personas estudiadas que pudiera causar perjuicio a las mismas.

La información obtenida, fue manejada con absoluta confidencialidad, de manera anónima, sin hacer públicos los datos personales de los adultos mayores que participan en el estudio, empleando únicamente una codificación para identificar las variables de los mismos.

## 4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### VARIABLES DE ESTUDIO

- **Variable dependiente:**
  - Depresión
- **Variables intervinientes:**
  - Edad.
  - Sexo.
  - Residencia.
  - Etnia.
  - Estado civil
- **Variables independientes:**
  - Comorbilidades.
  - Polifarmacia.
  - Nivel socioeconómico.
  - Funcionalidad familiar.
  - Evaluación de la integración socio-familiar.

### 4.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Período de tiempo comprendido entre el nacimiento hasta la fecha actual.	Cronológica	CI Años cumplidos	65 a 74años 75 a 84 años > 85 años
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas que diferencian los sexos.	Biológica	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Jurídica	Auto referencia	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión Libre
<b>Residencia</b>	Lugar donde reside	Geografía	Formulario	1. Rural 2. Urbana

<b>Etnia</b>	Grupo étnico al cual se considera pertenecer	Racial	Fenotipo	1. Shuar 2. Indígena 3. Mestizo 4. Blanco 5. Afrodescendiente 6. Montubio				
<b>Depresión</b>	Tristeza y/o melancolía que se mantiene en el tiempo e incluso interfiere con la vida diaria	Biopsicosocial	Test Yesavage abreviado	1. 0-5 Normal 2. 6-9 Depresión Leve 3. 10-15 Depresión establecida				
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedad crónica no transmisible que padece.	Biológica fisiológica	Auto referencia	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>1. HTA 2. Diabetes Mellitus 3. Enfermedad Cerebro vascular 4. Cáncer 5. Artritis Reumatoide 6. Parkinson 7. Tiroides 8. Patología cardíaca</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>-Ninguna</td> </tr> </table>	SI	1. HTA 2. Diabetes Mellitus 3. Enfermedad Cerebro vascular 4. Cáncer 5. Artritis Reumatoide 6. Parkinson 7. Tiroides 8. Patología cardíaca	No	-Ninguna
SI	1. HTA 2. Diabetes Mellitus 3. Enfermedad Cerebro vascular 4. Cáncer 5. Artritis Reumatoide 6. Parkinson 7. Tiroides 8. Patología cardíaca							
No	-Ninguna							
<b>Polifarmacia</b>	Paciente que usa más de tres fármacos en su vida diaria.	Polifarmacia	Formulario	Si No				
<b>Nivel socio-económico</b>	Nivel socioeconómico al que pertenece.	Laboral	Encuesta de estratificación del nivel socio-económico INEC	1. Alto 2. Alto medio 3. Medio típico 4. Medio bajo 5. Bajo				
<b>Funcionalidad familiar</b>	Funciones y pautas adaptables en la familiar, para coordinar y apoyarse de acuerdo a la necesidad y al ciclo de vida que estén cursando cada uno de los integrantes.	Social	Valoración de la funcionalidad con el Test FF-SIL	1. Funcional. 2. Moderadamente funcional 3. Disfuncional 4. Severamente disfuncional				
<b>Evaluación de la integración socio-familiar</b>	Son características sociales y económicas de la población y familiares que aseguran una dinámica social y equilibrio en la salud emocional de la persona.	Social	Escala de Gijón abreviado y modificado	1. Situación social buena: < / = 7 puntos 2. Situación intermedia 8 a 9 puntos 3. Deterioro social severo > / = 10 puntos				

## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El estudio se realizó aplicando un formulario que incluía preguntas y test a los adultos mayores del cantón Sucúa. Los formularios fueron llenados completamente, con la información necesaria para la investigación.

#### 5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población en estudio estuvo compuesta por 278 adultos mayores del cantón Sucúa, de entre 65 y 99 años, con variabilidad en cuanto a su estado civil y etnia, residentes tanto en zonas urbanas como rurales, datos que fueron recogidos en los formularios creados, para la elaboración de la base de datos de este estudio.

#### 5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

##### 5.3.1 Prevalencia de depresión en los habitantes seleccionados.

**Tabla 1.** Distribución de 278 adultos mayores estudiados con la escala de Yesavage para determinar la prevalencia de depresión.

<b>PREVALENCIA DE DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Depresión</b>	126	45,30 (IC:95% 40.3-50.3)
<b>Normal</b>	152	54,7
<b>TOTAL</b>	278	100

Fuente: Formulario de Recolección de Datos (Test de Yesavage).

Autora: Kely Arias Quevedo

##### **Interpretación:**

La prevalencia de Depresión establecida, en los adultos mayores del cantón Sucúa, según la escala de Yesavage reducida, demuestran un 45.30% (IC:95% 40.3-50.3) de depresión entre los niveles de depresión establecida y leve, mientras el 54.7% de los casos no reflejan depresión.

### 5.3.2 Análisis de las variables sociodemográficas de los adultos mayores.

**Tabla 2.** Distribución de 278 adultos mayores estudiados según las variables sociodemográficas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD (años)	65 a 74	142	51,1
	75 a 84	108	38,8
	85 y más	28	10,1
SEXO	Femenino	163	58,6
	Masculino	115	41,4
RESIDENCIA	Urbana	211	75,9
	Rural	67	24,1
ESTADO CIVIL	Casado	150	54,0
	Viudo	81	29,1
	Divorciado	23	8,3
	Soltero	17	6,1
	Unión libre	7	2,5
ETNIA	Mestiza	203	73,0
	Shuar	49	17,6
	Indígena	24	8,6
	Blanca	2	0,7
<b>TOTAL</b>		<b>278</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de Recolección de Datos.  
 Autora: Kely Arias Quevedo

En los adultos mayores estudiados, predominaron los sujetos de 65 a 74 años (51,1%), luego los de 75 a 84 años (38,8%) y un 10,1% tenían 85 años o más. Predominaron las mujeres (58,6%), residentes en zonas urbanas (75,9%). Igualmente fueron más frecuentes los(as) casados (as) (54%) y viudos(as) (29,1%), y pertenecientes a la etnia mestiza (73%).

### 5.3.3 Factores de riesgo asociados a depresión en los adultos mayores.

**Tabla 3.** Factores de riesgo asociados a depresión.

FACTORES ASOCIADOS		N	%
COMORBILIDADES	Hipertensión arterial	137	49,3
	Diabetes mellitus	32	11,5
	Artritis reumatoidea	21	7,6
	Patología cardíaca	14	5,0
	Cáncer	13	4,7
	Enfermedad cerebro vascular	8	2,9
	Patología de tiroides	7	2,5
	Enfermedad de Parkinson	4	1,4
	Ninguna	73	26,3
POLIFARMACIA	+3 fármacos/día	67	24,1
	≤ 3 fármacos/día	211	75,9
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto	2	0,7
	Medio Alto	3	1,1
	Medio Típico	45	16,2
	Medio Bajo	113	40,6
	Bajo	115	41,4
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Test FF SIL)	Funcional	96	34,5
	Moderadamente funcional	115	41,4
	Disfuncional	61	21,9
	Severamente disfuncional	6	2,2
VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR (Escala de Gijón)	Buena	89	32,0
	Intermedia	78	28,1
	Deterioro social severo	111	39,9
<b>TOTALES</b>		<b>278</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
 Autora: Kely Arias Quevedo

El 73,7% de los sujetos de estudio padecían al menos una comorbilidad, incluso el 8.6% (24 adultos mayores) padecían más de una. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran: la hipertensión arterial, en casi la mitad de los adultos mayores estudiados (49.3%), seguida en menor proporción la diabetes mellitus tipo II (11.5%) y la artritis reumatoide (7.6%); el resto de las enfermedades crónicas las padecía el 5% de los casos o menos.

En polifarmacia, el 75.9% consumen no más de tres medicamentos al día, y aun así aproximadamente el 40% de los adultos reporto depresión. El 24.1%, son del consumo de 4 o más fármacos, de los cuales el 52.2% presentan depresión.

El nivel socioeconómico bajo es el predominante, con el 82%, entre el medio bajo (40.6%) y bajo (41.4%), mientras que el medio típico engloba solo el 16.2% de la población y solo 5 personas (1.8%) encuestadas se encuentran con un nivel económico alto.

El FF-SIL, indicó que poco más del 75,9% de las familias son funcionales (funcional – moderadamente funcional), mientras un 21,9% son disfuncionales y el 2,2% severamente disfuncionales.

En cuanto a la valoración socio-familiar, llama la atención que un 39,9% presente deterioro social severo, según la Escala Gijón; un 28,1% se evaluó como Intermedia; y solo el 32% como Buena.

### 5.3.4 Relación de los factores de riesgo asociados a depresión.

**Tabla 4.** Relación de los factores de riesgo asociados con la prevalencia de Depresión.

FACTORES ASOCIADOS	PRESENCIA DE DEPRESIÓN			Estadígrafo
	SI	NO		
<b>Comorbilidades</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
SI	99 (48,3)	106 (51,7)	203 (100)	<b>OR= 1,591</b> IC95% (0,919-2,754) <i>p</i> = 0,096
NO	27 (37,0)	46 (63,0)	73 (100)	
<b>Polifarmacia</b>				
SI	35 (52,2)	32 (47,8)	67 (100)	<b>OR= 1,442</b> IC95% (0,831-2,503) <i>p</i> = 0,192
NO	91 (43,1)	120 (56,9)	211 (100)	
<b>Nivel socioeconómico (INEC)</b>				
Medio bajo/bajo	110 (48,2)	118 (51,8)	228 (100)	<b>OR= 1,981</b> IC95% (1,036-3,789) <i>p</i> = 0,037
Alto /medio alto/medio típico	16 (32,0)	34 (68,0)	50 (100)	
<b>Funcionalidad Familiar (Test FF-SIL)</b>				
Disfuncional / Severamente disfuncional	53 (79,1)	14 (20,9)	67 (100)	<b>OR= 7,157</b> IC95% (3,722-13,76) <i>p</i> < 0,001
Funcional/ moderadamente funcional	73 (34,6)	138 (65,4)	211 (100)	
<b>Valoración socio-familiar (Escala de Gijón)</b>				
Deterioro social severo	70 (63,1)	41 (36,9)	111 (100)	<b>OR= 3,384</b> IC95% (2,049-5,589) <i>p</i> < 0,001
Buena/Intermedia	56 (33,5)	111 (66,5)	167 (100)	
<b>TOTALES</b>	<b>126 (45,3)</b>	<b>152 (54,7)</b>	<b>278 (100)</b>	<b>152 (76,3)</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Autora: Kely Arias Quevedo

La prevalencia de depresión fue más marcada en los sujetos que padecen comorbilidades 48,3% con respecto a los “sanos” 37%, aunque la relación no llega a ser estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

El consumo de 4 o más medicamentos mostraron un 52,2% de casos con depresión y de lo que consumen 3 o menos fármacos reportan un 43.1%, sin embargo, el consumo de más de 3 medicamentos no resultó ser un factor que estadísticamente indicara estar relacionado con depresión ( $p > 0,05$ ), aun siendo un elemento de riesgo.

El nivel socioeconómico si resultó ser un factor importante en la presencia de depresión, los sujetos con nivel Medio-Bajo a Bajo presentan casi 2 veces más riesgo de depresión (OR= 1,981, IC95%: 1,036-3,789), relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

La disfuncionalidad familiar resultó ser el factor más determinante en el riesgo de depresión, los adultos mayores que conviven en una familia disfuncional o severamente disfuncional, tienen 7 veces más riesgo de depresión (OR= 7,157, IC95%: 3,722-13,76), relación altamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Igualmente, el deterioro social severo en el funcionamiento socio-familiar resultó un factor sumamente importante en la aparición de la depresión, los adultos mayores con deterioro social severo mostraron un riesgo 3 veces superior (OR= 3,384, IC95%: 2,049-5,589), relación altamente significativa ( $p < 0,001$ ).

## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que el 45.3% (IC 95%: 40.3 – 5.3) de los adultos mayores encuestados tienen depresión, 16.2% presentan depresión establecida y el 29.1% un nivel leve. Entre las posibles causas está una economía baja, disfuncionalidad familiar, quizá una patología asociada que los haga dependiente de terceros o simplemente un desinterés socio-familiar; todo ello podría llevar a un grado depresivo.

En comparación con el alto resultado obtenido por Plasencia y Tigre, en 2018, en Cuenca, con una prevalencia del 61.4% de depresión, del cual el 41.4% es leve y 20% nivel severo; además de establecer como factor predisponente la falta de integración social (20). Por otro lado, Silva y Vivar, en 2015, en Cuenca, reportan un 50% de depresión en su población con el mismo factor de riesgo que el estudio anterior, sin embargo la disfuncionalidad familiar predomina en este artículo (18). En cambio Sinchire, en Loja, reporta 36% de depresión, del cual 6% es severa y 30% leve/moderada (7). Mientras que Sigüenza, en el 2019, en Cuenca, reporta un 33,3% (IC95%: 22.71 - 44.13) de depresión relacionada a la ocupación (19). Igualmente, otros estudios foráneos como el de Mirkena y Reta M, en 2018, en Etiopía, en una comunidad de la ciudad de Ambo, indican que existe una prevalencia de 41.8% (IC = 38.5%, 45.5%) afectados por depresión (12). Los altos resultados de depresión en comparación a nuestro estudio se deben quizá a que los otros fueron realizados en centros geriátricos, aunque se hayan basado en la misma escala geriátrica GDS-15 de Yesavage, aquí se estima que la ausencia de los familiares podría ser una causa de depresión en ellos, a diferencia de estudiar al adulto mayor en la comunidad donde se siente más cerca de la familia, aunque exista de igual manera un abandono por parte de ellos, el simple hecho de poder realizar ellos la visita y sentirse cerca de su hogar la prevalencia de la patología es menor, como en el de Ambo, Cuenca y Sucúa.

Otras investigaciones foráneas del 2019, reportan parámetros de depresión mucho más altos, como los peruanos de Quispe, en Cajamarca con una prevalencia de 72.5% (16) y Manrique, en Arequipa con un 77.46% (17). Estas altas cifras según la Universidad Nacional Mayor de San Carlos se deben a que el adulto mayor que pertenece a una clase socio-económica baja y media baja debe trabajar para sobrevivir, esto implica más del 50% del total de los adultos mayores en el vecino país (49), que se vuelven independientes en esta etapa y debido al estrés en el que se encuentran envueltos por conseguir o conservar un trabajo para solventarse se prevé la economía como factor de riesgo a padecer depresión. En cambio Pilana et al, en la India, en 2019 presenta una prevalencia del 33,3% (10), resultado algo inferior al del presente estudio porque las condiciones sociales y económicas del otro país son mejores, porque la India es una potencia emergente a escala global.

Los reportes de valores más bajos se encontraron en el estudio de Salazar, en Bogotá, en 2015, con apenas un 18,6% de depresión en los adultos mayores de 70 a 79 años, mostrando que las características de cada población son importantes a la hora de interpretar los resultados de un estudio (15). La cifra baja, se deba a que económicamente la mayoría de colombianos mayores se encontraban estables. El 22% correspondían a los que dependían económicamente de sus familiares, 15% los que reciben una jubilación y más un 18% se encontraba equilibrado por tener un trabajo estable.

En los adultos mayores estudiados, predominaron los sujetos de 65 a 74 años, como era de esperar, el grupo más numeroso con 51.1%. Resultado similar obtuvieron Palomeque y Peralta, en Cuenca, en 2014, donde el grupo de adultos mayores entre los 65-74 años fue prevalente con 65.3% (42). Además, Mirkena y Reta M, en 2018, en Etiopía, reportaron que el sexo femenino (OR= 1,72; IC 95%: 1,12; 2,66) se asociaron de manera importante con depresión en estos adultos mayores (12).

El 58.6% indica que en nuestro estudio predominaron las mujeres, que generalmente tienen una esperanza de vida mayor, impacto semejante

obtuvieron Palomeque y Peralta, una prevalencia de 66.7% de población femenina, el doble de la masculina (42), y Llanes, en Cuba con 64.38% (14),

Igualmente fueron más frecuentes los casados con el 54% y viudos con una prevalencia de 29.1%, un porcentaje idéntico se obtuvo en el actual estudio con 40% de casados y 35% de viudos (42). La alta frecuencia de sujetos en viudez se debe a que son adultos mayores donde la probabilidad de haber perdido a su pareja es alta. La mayoría pertenece a la etnia mestiza con el 73%, lo que es normal pues es la etnia más prevalente en el Ecuador (29), sin embargo en Sucúa también tenemos la etnia Shuar (17.6%), que es muy relevante en nuestro país.

Existe correlación entre depresión en el adulto mayor y ciertos factores de riesgo. Las comorbilidades con respecto a los “sanos”, aumentan el riesgo de depresión. En este estudio las enfermedades crónicas se destacan, aunque la relación no llega a ser estadísticamente significativa. Sobre esto, Gutiérrez, en el 2014, en su estudio plantea que la vulnerabilidad a la depresión puede guardar relación con la patología crónica, aunque indican la necesidad de realizar estudios longitudinales que ratifiquen el papel e influencia de éste y otros factores (13).

Esto posiblemente se da porque la depresión no sólo representa un riesgo para la salud del anciano por sí misma, sino también a través de su comorbilidad, lo que dificulta el diagnóstico y el manejo de la enfermedad de base. Al igual que Gutiérrez que detecta que los trastornos crónicos como cardíacos y diabetes están asociados a los trastornos depresivos en esa etapa de la vida, provocando además un agravio precipitado en la salud.

De la misma manera, Padayachey et al, en 2019, refiere asociación significativa debido a la tasa alta de depresión, más una enfermedad, sin embargo no hubo relación estadística(11), mientras que Salazar en su estudio bogotano de 2015, igualmente asocia la depresión, entre otros factores, al padecimiento de enfermedades crónicas (15); a resultado similar llegó Sinchire, en Loja, en 2017 (7). Por otro lado, Quispe, en Cajamarca, en 2019, reporta una prevalencia de 72,5% en nivel leve e indica que el 70% de los casos padecían enfermedades crónicas (16).

El deterioro físico por las enfermedades crónicas resulta ser un elemento perturbador en la psiquis de estas personas. Seo et al, en el año 2017, analizó la relación entre depresión y enfermedades de carácter crónico, y los resultados fueron concluyentes: la asociación entre enfermedades crónicas y síntomas depresivos fue constante a lo largo de la transición de la mediana edad a los años de edad avanzada (30).

En nuestra investigación la polifarmacia es otro parámetro que se evaluó donde el 24.1% reportan el consumo superior a tres fármacos diarios, aun teniendo una prevalencia elevada de comorbilidades, es un factor de riesgo sin estadística significativa en depresión con un OR= 1,442 (IC: 0,831-2,503) y un valor  $p= 0,192$ .

Lo mismo encontraron Cardozo et al, en Paraguay, el 2017, los pacientes reportaron 90% de polifarmacia; no obstante, la asociación frecuente con depresión es del 88,9% y del 88,3 % en los pacientes que no consumían fármacos; este estudio tiene valor  $p$  de 0.79 lo cual indica no ser un factor que estadísticamente indique estar relacionado con la depresión, aunque los sujetos que toman más de 3 medicamentos tuvieron un mayor porcentaje de depresión. (43). A pesar de esto, en los adultos mayores con depresión, pueden manifestar el abuso de medicamentos por el aumento de enfermedades a esta edad, lo cual potencia aún más la depresión. Según Pérez, en su estudio peruano, plantea que la acumulación por impregnación de psicofármacos en el organismo, en pacientes predispuestos, puede producir cuadros de confusión aguda, excitación, depresión, alucinaciones visuales o auditivas, falta de fuerzas (44).

Otro factor de riesgo es el nivel socioeconómico, en este estudio el 82% de los sujetos con nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, presentaron casi 2 veces más riesgo de depresión con OR=1.981 (IC95%: 1.036-3.789) y un valor  $p=0.037$ , relación estadísticamente significativa, al igual que lo encontrado por Sinchire quien indica que de los factores sociales más notables tenemos al nivel socioeconómico bajo ocupando un 53% (7). Lo que también corrobora Salazar, relación con OR= 1,99 y un valor  $p= <0,001$  (15).

Silva y Vivar, en sus respectivos estudios manifiestan la necesidad de mantener un vínculo laboral para tener un buen estatus económico y no sentirse una carga familiar, esto ha creado una gran presión en este grupo etario, que los lleva a deprimirse (18). En nuestro estudio los adultos mayores decían verse afectados económicamente desde su jubilación, además de sentirse tristes al verse obligados a una dependencia económica a la que consideraban baja. En un análisis de depresión y factores influyentes se hayo una asociación muy significativa entre depresión y estabilidad económica gracias a la ocupación, es el reporte que da a conocer Sigüenza, en Cuenca, en el 2015, con un OR= 0.20 (IC95%: 0.07 – 0.57) y un valor p= 0.01 (19). De igual manera se encontró otro estudio, Baldeón-Martínez P et al, en Perú, en 2019, se haya una asociación significativa entre el nivel socio-económica baja y depresión en adultos mayores, reportando un OR=1.45 (IC95% 1.22 – 1.72) y valor de p= 0,0 (50).

El nivel socioeconómico de una persona que pasa los 65 años es sin lugar a dudas una de los factores predisponentes, por antonomasia, para intentar explicar la depresión en ellos. Sivertsen et al, en el año 2015 estudiaron este factor y los resultados fueron contundentes: los adultos mayores que se encuentran deprimidos tienen una economía baja y por ende, su calidad de vida se encontraba afectada, lo cual no pasa con el grupo de no deprimidos (28). Una asociación significativa entre el nivel socio-económica baja y depresión en adultos mayores encontró Baldeón-Martínez P et al, en su estudio, en Perú, en 2019, reportando un OR=1.45 (IC95% 1.22 – 1.72) y valor de p= 0.0, donde la necesidad de tener vínculo laboral y no sentirse una carga familiar crea depresión (50).

Mientras que la disfuncionalidad familiar con 24.1% resultó ser el factor más determinante en el riesgo de depresión, la convivencia en una familia disfuncional 21.9% o severamente disfuncional 2.2%, tienen siete veces más riesgo de depresión OR= 7.157 (IC95%: 3.722-13.76), relación altamente significativa con un valor p< 0.001. Igualmente, el deterioro social severo en el funcionamiento socio-familiar resultó un factor sumamente importante, los adultos mayores con deterioro social severo con el 39.9% muestran un alto factor

de riesgo con un OR= 3.384 (IC95%: 2.049-5.589) y valor  $p = < 0.001$  existiendo relación estadísticamente significativa.

En varios estudios realizados en el país acerca de la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores, Guaya M, en el 2016, da a conocer que el 39% de los ancianos que viven en familias disfuncionales presentan depresión, que mientras mejora la funcionalidad familiar disminuyen los porcentajes de depresión en ellos, teniendo el 105% de probabilidades que los que viven en familias disfuncionales presenten cuadros depresivos e indica que es estadísticamente significativo a un nivel del 95% de confianza, constituyendo la disfuncionalidad familiar en un factor de riesgo con un valor  $p = 0.00$  en el apareamiento de depresión en adultos mayores en la zona 7 del Ecuador (51).

En esto coincide Quispe (16), en 2019, el cual, entre los factores más relevantes que encontró está el hecho que los adultos mayores sienten que el desempeño de sus actividades de la vida diaria lo realizan con dificultad y que sus familias no les hacen partícipe en la toma de decisiones (16). En nuestro país Silva y Vivar, plantean igualmente que la pérdida de roles, la falta de redes de apoyo emocional y familias disfuncionales, favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores, con relación estadísticamente significativa  $p = 0.037$  (18). De igual manera Sinchire, en su estudio de Loja, plantea que el 11% de la falta de apoyo familiar y social facilitan que se produzca esta situación (7). Sin embargo, en nuestro estudio la diferencia de prevalencia es un poco más alta, la cual se deba a que es un cantón donde las familias y jóvenes migran a ciudades grandes u otros países, esto lleva a una desintegración familiar y es donde se ve afectado la parte emocional del adulto mayor. No obstante, muchas familias aun viviendo junto a ellos le abandonan a su suerte sin importar la difícil circunstancia a la que se encuentren expuestos.

Para que el adulto mayor se permita llevar una vejez con calidad, se deben facilitar relaciones familiares e integradoras relaciones y activas con la sociedad. Esto lo remarca Llanes, en su estudio cubano, de 2015, donde plantea que son múltiples los factores de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales propios de la convivencia familiar como, la inadaptación a la jubilación y la comunicación (14).

## **CAPITULO VII**

### **7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA**

#### **7.1 CONCLUSIONES**

- La prevalencia de depresión en la población adulta mayor del cantón Sucúa es de 45.30%, semejante a otros estudios nacionales e internacionales.
- En la población de estudio, predominaron los sujetos de 65 a 74 años, mujeres, residentes en zonas urbanas y casados(as), la mayoría correspondientes a la etnia mestiza.
- Los factores de riesgo estudiados, muestran un alto porcentaje de personas que padecen al menos una patología. De las cuales la más frecuentes era la hipertensión arterial. La tercera parte de los adultos entrevistados consumen generalmente menos de tres medicamentos y solo el 24.1% consume cuatro o más fármacos diarios. Sin embargo, el nivel socioeconómico más común es el medio bajo y bajo; y hay predominio de familias funcionales. En cuanto a la valoración socio-familiar, casi un 40% presente deterioro social severo, apenas en menos de un tercio de los sujetos se evaluó como buena.
- Los factores de riesgo que reflejaron una relación estadísticamente significativa con la presencia de depresión en la tercera edad, fueron: la disfuncionalidad familiar, el deterioro social severo y el bajo nivel socioeconómico.

## 7.2 RECOMENDACIONES

- Difundir ampliamente en los niveles de atención médica, los resultados, así como los instrumentos de evaluación utilizados para la detección oportuna de depresión en el adulto mayor.
- Que se realicen estudios sobre la depresión en adultos mayores, para conocer su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia a nivel nacional y proponer a las autoridades sanitarias estrategias efectivas aplicables en el ámbito de la salud pública.
- Creación de un programa que fortalezca las relaciones entre los adultos mayores y sus familiares o amigos debido a la alta frecuencia de familias disarmónicas.
- Instaurar un programa preventivo en el cuales se realice un control interdisciplinario con psicología y psiquiatría a los pacientes con depresión y comorbilidad con el fin de proveer el tratamiento y cuidados más apropiados.
- Consolidar programas dirigidos al bienestar de los adultos mayores donde la creación, promoción y mantenimiento de agrupaciones donde se reúnan con otras personas que posean características e interés comunes, con el fin de realizar actividad d tipo social, recreativo y de educación para la salud.

### 7.3 BIBLIOGRAFIA

1. Aging E. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Rev. Finlay. 2018; 8(1): 59-65. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342018000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100007).
2. Bayarre D, Silvia L. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34891/v42e212018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Segura A, Arango D, Segura A. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 2015; 17(2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>.
4. Regina da Silva M, Ferreti F, da Silva S, Tombini OF. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. BrJP. 2018; 1(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2595-31922018000400293](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000400293).
5. Snow CE, Abrams RC. The Indirect Costs of Late-Life Depression in the United States: A Literature Review and Perspective. Geriatrics. 2016; 1(30). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2308-3417/1/4/30>.
6. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018; 29(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009).
7. Sinchire MV. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontol%C3%B3gicos%20de.pdf>.
8. Friedrich MJ. Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. JAMA. 2017; 317(15). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2618635>.

9. Warren D. Depression in the Elderly. *New England Journal of Medicine*. 2014; 371(13): 1228- 1236. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25251617>.
10. Pilana M, Yadav V, Behera P, et al. Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* volume. 2019;(832). Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7136-z>.
11. Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*. 2019; 59 (2):61-66. Diponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786190.2016.1272250?needAccess=true>.
12. Mirkena Y, Mitiku M, Haile K, Nassir Z, Sisay MM. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(338). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194620/>.
13. Gutiérrez J. Características y factores asociados a la depresión en el anciano en España desde una perspectiva de género. *Actas de Psiquiatría*. 2014; 19(109). Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/109/ESP/19-109-ESP-185-200-313219.pdf> .
14. Llanes H. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas*. 2015; 21(1):45-55.
15. Salazar A. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 2015; 31(2):176-183.
16. Quispe A. Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del Programa Pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud.
17. Manrique V. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor.” Club del adulto mayor de la municipalidad del distrito de Mariano Melgar. Arequipa. Tesis de Maestría. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina.

18. Silva MM, Vivar VP. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Tesis de grado. Universidad de Cuenca, Universidad de Psicología. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>.
19. Sigüenza RV. 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. Tesis de Especialista en Medicina Interna. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.
20. Plasencia DA, Tigre GN. Factores que predisponen a la depresión en los adultos mayores del centro Gerontológico Juan Pablo II, Sigsig 2017. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca. 2017. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30605/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
21. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2018. x(x).
22. Mohebbi M, Agustini B, Woods RL, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *Inter. Jour. Geriat. Psyc.* 2019. 34 (8). doi.org/10.1002/gps.5119. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.5119>.
23. Wang J, Wu X, Lai W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017; 7(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640125/>.
24. Tarleton EK, Kennedy AG, Rose GL, et al. The Association between Serum Magnesium Levels and Depression in an Adult Primary Care Population. *Nutrients.* 2019; 11(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683054/>.
25. Saavedra AG, Rangel SL, García de Leon A, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. *Aten Fam.* 2016; 23(1). Disponible en: [revistas.unam.mx › index.php › atencion\\_familiar › article › download](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download)).
26. Wai C, How C, Ping Y. Managing depression in primary care. *Singapore Med J.* 2017; 58(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563525/>.

27. Moledina SM, Bhimji KM, Manji KP. Prevalence and Associated Factors of Depression in an Asian Community in Dar es Salaam, Tanzania. *Psychiatry Journal*. 2018; (2018): 1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5976901/>.
28. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement. Geriatr. Cogn. Disor.* 2015; 40(5-6). Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/437299>.
29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. [Online] Acceso 15 de Octubre de 2019. Disponible en: Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Encuesta\\_Estratificacion\\_Nivel\\_Socioeconomico/Cuestionario\\_Estratificacion.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/Cuestionario_Estratificacion.pdf).
30. Seo JY, Kim S, Lee HY, Oh DH, Choi BY. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: results of a 2009 korean community health survey of 156,747 participants. *BMC Public Health* volume. 2017; 17(844). Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4798-2>.
31. Jafari A, Hossein A, Bagheri M. Depression in Women with Breast Cancer: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018; 19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5844601/>.
32. Guaya M. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, en región 7 del Ecuador 2016. Tesis de postgrado. Universidad Nacional de Loja. 2017. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18359/1/tesis%20para%20la%20publica%202017.pdf>
33. Fuentes AP, Merino JM. Validación de un Instrumento de Funcionalidad Familiar. *Ajayu*. 2016; 14(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Quintero A, Yasnó D. Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Rev Colomb Cir.* 2017; 32(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a6.pdf>.

35. Alegría M, Galnares J. Tumores del sistema nervioso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(3). Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173i.pdf>.
36. Bahler J. Introduction to Oxidative Stress in Biomedical and Biological Research. National Library of Medicine. 2015; 5(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496716/>.
37. Quintana A. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. Rev.Med.Electrón. 2018; 40(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017).
38. Galán I. Abordaje integral en los trastornos. Rev Hosp Jua Mex. 2017; 84(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171e.pdf>.
39. Alarcón B. efectividad del entrenamiento para padres en familias donde se encuentren niños con problemas de conducta. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica de Manabí, Psicología. 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/11/padres-comportamiento-ninos.html>.
40. Segovia M. La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía. Rev. latinoam. psicopatol. 2015; 1(1). Disponible en:[https://www.researchgate.net/publication/329933016\\_La\\_experiencia\\_melancolica\\_una\\_configuracion\\_diferencial\\_entre\\_la\\_depresion\\_mayor\\_y\\_la\\_melancolia](https://www.researchgate.net/publication/329933016_La_experiencia_melancolica_una_configuracion_diferencial_entre_la_depresion_mayor_y_la_melancolia).
41. Baldessarini R. The Impact of Psychopharmacology on Contemporary Psychiatry. 2015; 59(8)Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143295/>.
42. Palomeque AC, Peralta EY. Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca 2013. Tesis de Grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.
43. Cardozo OM, Aguilera E, Ferreira MI, Díaz CV. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2017; 15(1):48-56.
44. Pérez PG. Nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación Caridades San Vicente. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Psicología y Trabajo Social.

45. Rojas G, Cornejo J. Depresión en el Adulto Mayor: Escala de depresión geriátrica de Yesavage Abreviada. Manual de Geriatria para médicos. 2018; 1(1).
46. Salim Y, Delgado R, Sánchez D, García Y, Núñez Y. Salud familiar en adultos mayores residentes en el Consejo Popular La Julia del Municipio Batabanó. Revista del hospital Psiquiátrico de la Habana. 2017;14(1): 1-10.
47. Bruning I, Mora I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. 2019; 1(1):1-5. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
48. Aquino U, García L. Factores asociados al abandono familiar en adultos mayores. Comunidad San Pedro Santa Elena 2018-2019. Tesis de grado, Guayaquil: Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2019. Disponible: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4858/1/UPSE-TEN-20190007.pdf>
49. Palpa K. Problemas psicosociales en ancianos peruanos. Universidad Nacional Mayor de San Carlos. 2018. Disponible en: <https://www.e-quipu.pe/default/publicacion/visualizacion?pub=problemas-psicosociales-en-ancianos-peruanos-1557117493>
50. Baldéon P, Luna C, Mendoza S. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(4):47-52. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312019000400008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008)
51. Guaya M. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016. Tesis de grado, Loja: Universidad Nacional de Loja. 2017. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/handle/123456789/18359?mode=full>

## ANEXOS

### ANEXO NO. 1 ACTIVIDADES Y RECURSOS

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Mes 04/19	Mes 05/19	Mes 06/19	Mes 07/19	Mes 08/19	Mes 09/19	Mes 10/19	Mes 11 /19	Mes 12/19	Mes 01/20	Mes 02/20	Mes 03/20
Planteamiento del tema de tesis	X											
Realizar el marco teórico		X	X									
Aprobación del lugar de estudio				X								
Elaboración del protocolo					X	X						
Evaluación del protocolo y aceptación del oficio emitido al dirigente político de la población a estudiar.							X					
Recolección de la información							X	X				
Formulación de base de datos									X			
Realización de tablas y análisis									X			
Informe de trabajo en titulación										X		
Copias anilladas, copia en CD.										X		
Aprobación y sustentación de tesis											X	X

## - RRECURSOS HUMANOS

### Directos:

Responsables del estudio:

- a) Autora: Kely Arias Quevedo
- b) Director: Dr. Hermel Espinosa.

### Indirectos:

- a) Profesionales que forman parte de la comisión de proyectos de investigación de la Universidad Católica de Cuenca.

## - MATERIALES

- Computadora con sistema operativo Windows 10.
- Carpetas
- Hojas papel boom A4
- Impresora de tinta continua
- Copias
- Bolígrafos
- Escáner

## - TÉCNICOS

- Software para tabulación, análisis y elaboración de datos para el informe final: Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016, SPSS 25, normas APA.

## - PRESUPUESTO

Rubro	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Horas de Internet	3 meses	\$ 20 dólares	\$ 60.0
Paquete de 500 Hojas A4	3	\$ 5 dólares.	\$ 15.0
Impresiones	3158	\$ 0.02ctvs.	\$ 63.56
Copias	1000	\$0.02ctvs	\$ 20.0
Bolígrafos	7	\$ 0.30 ctvs	\$ 2.10
Carpetas	7	\$ 0.60 ctvs	\$ 4.20
Anillado	5	\$ 15	\$ 15.0
Alimentación	20	\$ 3.00	\$ 60.0
Movilización intercantonal	30	\$ 1, 20 ctvs.	\$ 36.0
Transporte a zonas urbanas y rural.	15	\$10 dólares	\$ 150
Cuaderno pequeño de cuadros 100h	1	\$ 4, 50	\$ 4, 50
Imprevistos			\$200
Escáner	3.058 hijas		\$27.20
Total			<b>\$ 657.56</b>

## ANEXO NO. 2 FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA FACULTAD DE MEDICINA

#### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente formulario forma parte del trabajo de investigación, cuyo objetivo es Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa. Periodo Abril a Diciembre del 2019.

<b>Características socio-demográficas</b>		
<b>1. Edad</b>		
1.	65 a 74 años	
2.	75 a 84 años	
3.	≥ 85 años	
<b>2. Sexo</b>		
1.	Femenino	
2.	Masculino	
<b>3. Estado civil</b>		
1.	Soltero	
2.	Casado	
3.	Divorciado	
4.	Viudo	
5.	Unión Libre	
<b>4. Residencia</b>		
1.	Rural	
2.	Urbana	
<b>5. Etnia</b>		
1.	Shuar	
2.	Indígena	
3.	Mestizo	
4.	Blanca	
5.	Afrodescendiente	
6.	Montubio	

## PREVALENCIA

### 6. Test de depresión de YESAVAGE

1.	Normal	
2.	Depresión leve	
3.	Depresión establecida	

## FACTORES ASOCIADOS

### 7. Presencia de enfermedades crónicas

1.	Hipertensión arterial	
2.	Diabetes mellitus	
3.	Enfermedad Cerebro Vascular	
4.	Cáncer	
5.	Artritis Reumatoide	
6.	Parkinson	
7.	Tiroides	
8.	Patología cardiaca	
9.	Ninguna	

### 8. Ingiere más de 3 medicamento al día

1.	Si	
2.	No	

### 9. Estrato Socioeconómico del INEC

1.	Alto	
2.	Alto medio	
3.	Medio típico	
4.	Medio bajo	
5.	Bajo	

### 10. Funcionalidad familiar con FF-SIL

1.	Funcional	
2.	Moderadamente funcional	
3.	Disfuncional	
4.	Severamente disfuncional	

### 11. Valoración socio- familiar con escala de Gijón abreviada y modificada

1.	Situación social buena	
2.	Situación intermedia	
3.	Deterioro social severo	

### ANEXO NO. 3 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (45)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE ABREVIADA		
PREGUNTAS	SI	NO
1- ¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2- ¿Ha ido abandonando muchas cosas de su interés y actividades previas?	1	0
3- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4- ¿Se aburre frecuentemente?	1	0
5- ¿ Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6- ¿ Está preocupado o tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	1	0
7- ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?	0	1
8- ¿Se siente a menudo desprotegido (a) o desamparado (a)?	1	0
9- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	1	0
10-¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas de su edad?	1	0
11-¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a)?	0	1
12-¿Se siente inútil o despreciable como esta en este momento?	1	0
13-¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
14-¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0
15-¿Cree usted que la mayoría de las personas están mejor que Ud?	1	0
<b>TOTAL</b>		

PUNTO DE CORTE:	
Normal	0 – 5
Depresión leve	6- 9
Depresión establecida	10 – 15

Tomado de:

Sheik J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter versión. Clin Gerontol.1986; 5(165-172).

Rojas G, Cornejo J. Depresión en el Adulto Mayor: Escala de depresión geriátrica de Yesavage Abreviada. Manual de Geriátría para médicos.2018; 1(1).

## ANEXO NO. 4 ESCALA SOCIOECONÓMICA DE LA INEC (29)

<b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.</b>		
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto (s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa / Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza /Covacha /otro		0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida / Otros materiales		0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 o más cuartos de baño exclusivo con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivo con ducha.		32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, rio, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
<b>ACCESO A TECNOLOGÍA</b>		
1- ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Si		45

2- ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Si		35
3- ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Si		39
4- ¿Cuántos celulares activados tiene en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 o más celulares		42
<b>POSESIÓN DE BIENES</b>		
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Si		19
2. ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Si		29
3. ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Si		30
4. ¿Tiene lavadora?		
No		0
Si		18
5. ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Si		18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
NO tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 o más TV a color		34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
NO tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 o más vehículos exclusivos		15

<b>HÁBITO DE CONSUMO</b>		
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Si		6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Si		26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Si		27
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Si		28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Si		12
<b>NIVEL DE EDUCACIÓN</b>		
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundario completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR</b>		
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISFA o ISSPOL?		
No		0
Si		39
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de consejos Provinciales y /o seguro de vida?		
No		0
Si		55

3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?		
Personal directivo de la administración pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y maquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17
<b>SUMA TOTAL</b>		<input type="text"/>

Tomado del: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. [Online] Acceso 15 de Octubre de 2019.

Grupos socioeconómicos	Umbrales
<b>A (alto)</b>	<b>De 845.1 a 1000 puntos</b>
<b>B (medio alto)</b>	<b>De 696,1 a 845 puntos</b>
<b>C+ (medio típico)</b>	<b>De 535.1 a 696 puntos</b>
<b>C- (medio bajo )</b>	<b>De 316.1 a 535 puntos</b>
<b>D (bajo )</b>	<b>De 0 a 316 puntos.</b>

**ANEXO NO. 5 TEST FF-SIL FUNCIONALIDAD FAMILIAR (46)**

<b>TEST-FF-SIL</b>						
	<b>PREGUNTAS</b>	<b>Casi Nunca 1</b>	<b>Pocas Veces 2</b>	<b>A Veces 3</b>	<b>Muchas Veces 4</b>	<b>Casi siempre 5</b>
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situación difíciles					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan?					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
	<b>SUBTOTAL</b>					
	<b>TOTAL</b>					

Tomado y modificada de: Salim Y, Delgado R, Sánchez D, García Y, Núñez Y. Salud familiar en adultos mayores residentes en el Consejo Popular La Julia del Municipio Batabanó. Revista del hospital Psiquiátrico de la Habana. 2017;14(1): 1-10.

<b>Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba</b>	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos.

**ANEXO NO. 6 ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE GIJÓN  
ABREVIADA Y MODIFICADA (VERSIÓN BARCELONA) (48)**

<b>ESCALA DE GIJÓN</b>		
<b>Situación familiar</b>		
Vive con familia sin dependencia física/psíquica	1	
Vive con su pareja de similar edad.	2	
Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo/a.	3	
Vive solo, con hijos o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	4	
Vive solo, familia lejana, desentendido, sin familia.	5	
<b>Relaciones y contactos sociales</b>		
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	1	
Solo se relaciona con familia/vecinos/otros sale de casa	2	
Solo se relaciona con familia, sale de casa	3	
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 semanal)	4	
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 semanal)	5	
<b>Apoyos, red social</b>		
No necesita ningún apoyo	1	
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	2	
Recibe apoyo social formal suficiente (Centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)	3	
Tiene soporte social pero es insuficiente	4	
No tiene ningún soporte social y lo necesita	5	
<b>TOTAL</b>		

Tomado de: Ramón M, Ascensión E. Tratado de geriatría para residentes. Instrumentos y escalas de valoración: Escala de Gijón abreviada y modificada. 1ed. Madrid. International Marketing y Comunicación, S.A. (IM&C);2006: Pag785

Tomado y modificado de: Aquino U, García L. Factores asociados al abandono familiar en adultos mayores. Comunidad San Pedro Santa Elena 2018-2019. Tesis de grado, Guayaquil: Universidad Estatal Península de Santa Elene. 2019.

<b>Diagnóstico socio-familiar según puntuación total de la prueba</b>	
Situación social buena	Menor o igual a 7 puntos
Situación intermedia	De 8 a 9 puntos
Deterioro social severo	Mayor o igual a 10 puntos

## ANEXO NO. 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Código: Ar36PreMe10

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>Nombre del proyecto de Investigación:</b>	<b>Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del cantón Sucúa. Periodo Abril a Diciembre del 2019.</b>
<b>Institución a la que pertenece el Investigador:</b>	<b>Universidad Católica de Cuenca.</b>
<b>Nombre del Investigador principal</b>	<b>Kely Elvira Arias Quevedo</b>
<b>Datos del Investigador principal:</b>	<b>Email: <a href="mailto:kelyariasq.7@hotmail.com">kelyariasq.7@hotmail.com</a> Teléfono: 0979782432</b>

#### Descripción del proyecto de Investigación

En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación que se va llevar a cabo, la misma que está basada en la prevalencia y factores asociados a depresión en el adulto mayor del Cantón Sucúa. De esta manera se le proporcionará información acerca de la investigación en la que se le hemos propuesto participar. 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: Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores. Se estima que el 5% de la población mundial tiene más de 65 años, constituyéndose en uno un relevante acontecimiento demográfico y social. Siendo actualmente una de las causas principales a nivel mundial la depresión en el adulto mayor y se asocian factores que la inducen y hacen que la etapa de vida actual que se encuentra sea temerosa y rechazada, creando en Ud. trastornos mentales y deterioro de la vida llevándola incluso al suicidio. La información obtenida será utilizada para beneficio de los profesionales de salud y de la comunidad, mediante la formulación posterior de programas educativos y de intervención.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

**Inclusión:**

Adultos mayores de 65 años o más que residan en el Cantón Sucúa.  
Adulto mayor que desean participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

**Exclusión:**

Adultos mayores que tengan alguna alteración cognitiva que le impida responder el cuestionario.  
Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del cantón Sucúa. Periodo Abril a Diciembre 2019. Para ello se realizará un estudio transversal donde los adultos mayores de las 4 parroquias pertenecientes del cantón son la población; 278 participantes a quienes se aplicará encuestas prediseñadas.

#### DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS

Se realizará una entrevista a cada uno de los 278 participantes la misma que tendrá una duración aproximadamente de 30 minutos, los datos recolectados se basaran en socio-demográficos, si existe o no depresión, comorbilidades, polifarmacia, socio-económica, funcionalidad familiar y socio-familiar.

#### RIESGOS Y BENEFICIOS

La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física, intelectual, social o discriminación y psicológica para los participantes y para aquellos que se rehúsen a participar.

### **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 tendrá acceso.
- Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 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 decírselo 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](mailto: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. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.**

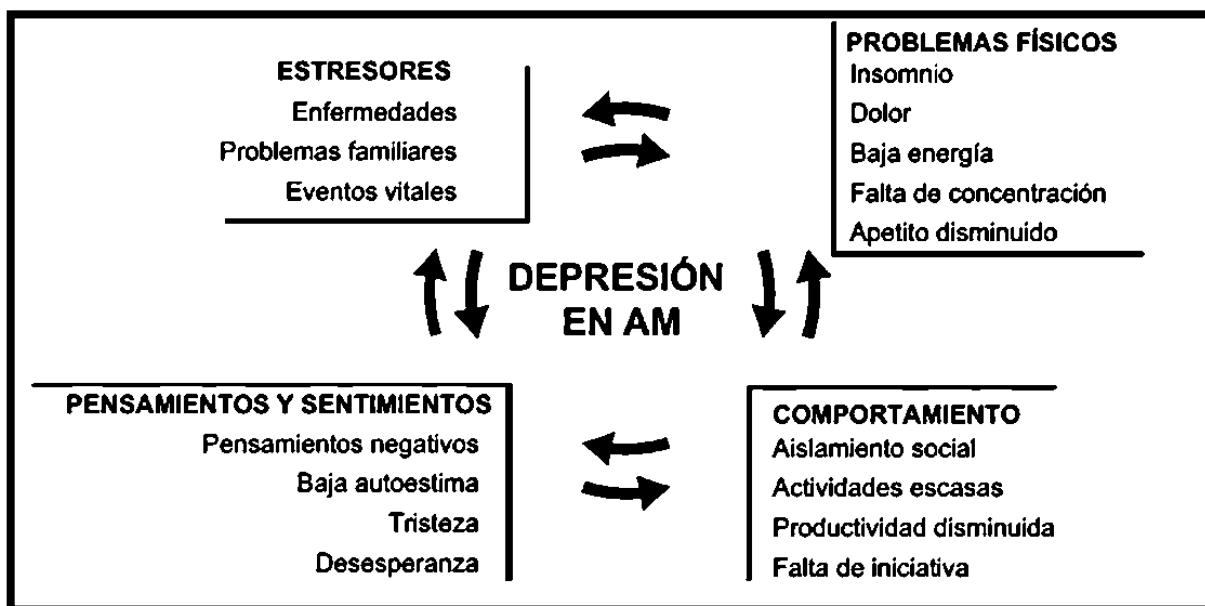
**FECHA:**

**Firma o huella digital del  
participante:**

**Firma del testigo  
(Si aplica)**

**Firma del investigador**

## ANEXO NO. 8 CICLO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES (47).



Tomado de: Bruning I, Mora I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. 2019; x(x)1-5. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>

## ANEXO NO. 9 CRITERIOS DE EPISODIO DEPREIVOS (DSM-5) (47).

- A. Al menos 5 de los siguientes síntomas (debe incluir 1 de los 2 primeros), al menos 2 semanas, con cambio en funcionalidad previa:**
- 1) Animo deprimido la mayor parte del día casi todos los días.
  - 2) Disminución del interés o placer por casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
  - 3) Disminución del interés o placer por casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días,
  - 4) Insomnio o hipersomnia, casi todos los días.
  - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor, casi todos los días.
  - 6) Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días.
  - 7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
  - 8) Disminución de la concentración o capacidad de pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
  - 9) Pensamiento de muerte recurrentes, ideas/plan/intento suicida.
- B. Síntomas causan malestar significativo o deterioro social, laboral o en otra área importante.**
- C. No se atribuye a efectos de una sustancia o afectación médica.**
- D. No se explica por trastorno del espectro de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico**
- E. Nunca ha presentado episodio maniaco o hipomaniaco**

Tomado de: Bruning I, Mora I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. 2019; x(x)1-5. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>

## ANEXO NO. 10 OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 7/11/2019

El Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca:

### CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado  
Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa.  
Período abril a diciembre del 2019  
Trabajo de titulación realizado por Kely Elvira Arias Quevedo  
Código: Ar36PreME10



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.

**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE SERES  
HUMANOS, UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

## ANEXO NO. 11 OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



Oficio Nro.: UCACUE-UTCM-015-2019-O

Cuenca, 07 de noviembre de 2019.

Señor Ingeniero.  
Enrique Delgado Torres  
Alcalde del Cantón Sucúa  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante del Carrera de Medicina ARIAS QUEVEDO KELY ELVIRA con CI: 0704838036, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido cantón, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo, de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como título: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CANTON SUCUA. PERIODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019". La Investigación será dirigida por el Dr. Hermel Espinosa, 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.

Colaboradora de la Unidad de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca



Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## ANEXO NO. 12 OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL CANTÓN SUCÚA.



ALCALDÍA  
**SUCÚA**

**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
MUNICIPAL DEL CANTÓN SUCÚA  
ALCALDÍA**



Sucúa, 14 de noviembre de 2019  
Oficio No. 0709-A-GADMCS-19

Señora Licenciada  
Carmen Prieto  
**PETICIONARIA**  
Cuenca. -

De mi consideración:

Yo Freddy Enrique Delgado Torres, Alcalde del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Sucúa "Paraíso de la Amazonía", expreso un cordial y atento saludo.

En atención al Oficio No. UCACUE-UTCM-015-2019-O, de fecha 12 de noviembre de 2019, con numero de trámite 1957, en el cual solicita sea permitido realizar el trabajo investigativo a la estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Católica de Cuenca, ARIAS QUEVEDO KELY ELVIRA, CI 0704838036, previo a la obtención del título de Médico General, con el tema "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SUCÚA, PERIODO ABRIL A DICIEMBRE DE 2019", ante este pedido informo que ha sido aceptado para que se proceda a realizar el estudio en las parroquias: Huambi, Asunción, Santa Marianita de Jesús y Sucúa.

Por su atención, le reitero el sentimiento de distinguida consideración y alta estima.

Atentamente,

Ingeniero Civil  
Freddy Enrique Delgado Torres  
**ALCALDE DEL GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN SUCÚA**



*Primero Sucúa*

Domingo Comin y Pastor Bernal  
(593) 07 2740211 / 2740866 / 2740974  
[www.sucua.gob.ec](http://www.sucua.gob.ec)

/MunicipiodeSucúa  
 /municipiosucua  
 @GADSucua



## ANEXO NO. 13 INFORME DE ANTIPLAGIO.

### INFORME FINAL DE TITULACION Kely Arias

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

**6%**

INDICE DE SIMILITUD

**7%**

FUENTES DE  
INTERNET

**0%**

PUBLICACIONES

**5%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ [repositorio.unc.edu.pe](http://repositorio.unc.edu.pe)

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo

**ANEXO NO. 14 RUBRICA DEL PRIMER PAR REVISOR.**



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

CUT 010

sep 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIDAD DE TITULACIÓN  
M.D. KARLA QUIMPE OTTERRENO, MGS.  
SUBDIRECTORA CARRERA MEDICINA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**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 del Cantón Sucúa, Período Abril a Diciembre del 2019.
Nombre del estudiante:	Kely Elvira Arias Quevedo
Director:	Dr. Herme Espinosa
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	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

6

---



---



---



---



---

Dr. Danilo Muñoz  
MEDICINA INTERNA  
L 4 "A" F 9 No. 30

Firma y sello de responsable

*Kely Arias*

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

**ANEXO NO. 15 RUBRICA DEL SEGUNDO PAR REVISOR.**

CUT 010  
Sep 2018



**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hacer referencia a la revisión que realizaran 2 docentes de la carrera de medicina, quienes formaran parte del tribunal de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajos final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, calificación total 10 puntos.

Tema: Prevalencia y factores asociados a depresión en adultos mayores del Cantón Sucúa. Periodo Abril a Diciembre del 2019.

Nombre del estudiante: Kely Elvira Arias Quevedo

Director: Dr. Hermel Espinosa

Par revisor: Dr. Danilo Pez Hormida

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Resultados y discusión	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	X
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Firma]  
Firma y sello de responsable

[Firma]  
Firma de aceptación del estudiante

## ANEXO NO. 16 INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN.



Informe Nro.: UCACUE-UTCM-062-2020-I  
Cuenca, 09 de marzo de 2020

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA

### INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, 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/la estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante ARIAS QUEVEDO KELY ELVIRA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SUCUA. PERIODO ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019", obteniendo las siguientes notas:

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

Revisores DR. DANILO MUÑOZ /DR. DANILO REA

Director: DR. HERMEL MEDARDO ESPINOSA ESPINOSA/ Asesor: DR. HERMEL MEDARDO ESPINOSA ESPINOSA

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

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 del Trabajo de Titulación el/la estudiante.

Atentamente,

Dr. Julio Ojeda S.

Coordinador de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



09 MAR 2020

HORA 11:35

FIRMA

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre). Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria km. 72 Quinceava Este y Primera Sur Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n Telf: 2700393, 2700392

**ANEXO NO.17 ENCUESTA A LOS ADULTOS MAYORES DE SUCÚA**



**CUIDEMOLES TIENEN MUCHO QUE ENSEÑARNOS.!**