



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE 5  
ÍTEMS FRENTE A LA VERSIÓN VALIDADA DE 15 PREGUNTAS.  
PARROQUIA TOTORACOCHA, CUENCA 2017**

**Proyecto de Investigación previa a la  
Obtención del Título de Médico**

**Autor:** Luis Alfonso Muñoz Figueroa C.I. 0950752774

**Director:** Dr. Jorge Leonidas Parra Parra C.I. 0101311397

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

### Introducción

La depresión representa el trastorno mental más frecuente en el Adulto Mayor, con mayor riesgo de presentación que el resto de la población e infradiagnosticado, por lo cual requiere ser pesquisado tempranamente para su tratamiento y prevención de complicaciones. Para tal efecto, existen diversos instrumentos psicométricos que requieren ser probados para su implementación en nuestra población.

### Objetivos

Comparar la Escala de Yesavage de 5 ítems frente a la versión validada de 15 preguntas.

### Métodos y Materiales

Se realizó un estudio de validación de test, en una muestra de 274 adultos mayores (IC 95%). Se aplicaron las Escalas de Yesavage de 15 y 5 ítems. La información fue tabulada y analizada en el programa SPSS versión 15.00 y como medidas estadísticas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

### Resultados

Se encontró una concordancia significativa en el diagnóstico de depresión entre las Escalas de Yesavage de 5 y 15 ítems ( $k=0,915$ ;  $p<0,001$ ). La escala de 5 ítems mostró una sensibilidad de 90,3% y especificidad de 99,0% para diagnosticar depresión. El valor predictivo positivo fue de 95,9%; valor predictivo negativo fue 97,7%; índice de Youden 0,893 (IC95%: 0,875-0,910). La razón de verosimilitud positiva fue de 93 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,097.

### Conclusión

El nivel de concordancia entre ambas escalas es excelente. El conocimiento del rendimiento de la escala de 5 ítems servirá para considerar su uso en el tamizaje de esta patología.

### Palabras Clave

**ESCALAS DE YESAVAGE, ADULTO MAYOR, DEPRESION GERIATRICA**



## ABSTRACT

### Introduction

Depression represents the most frequent mental disorder in the Elderly, with a higher risk of presentation than the rest of the population and underdiagnosed, and therefore requires to be investigated early for its treatment and prevention of complications. For this purpose, there are several psychometric instruments that need to be tested for their implementation in our population.

### Goals

Compare the Yesavage Scale of 5 items versus the validated version of 15 questions.

### Methods and Materials

A validation study was performed in a sample of 274 older adults (95% CI). The Yesavage Scales of 15 and 5 items were applied. The information was tabulated and analyzed in the program SPSS version 15.00 and as statistical measures were used frequencies and percentages.

### Results

A significant concordance was found in the diagnosis of depression between the 5 and 15-item Yesavage Scales ( $k = 0.915$ ,  $p < 0.001$ ). The 5-item scale showed a sensitivity of 90.3% and specificity of 99.0% for diagnosing depression. The positive predictive value was 95.9%; negative predictive value was 97.7%; Youden index 0.893 (95% CI: 0.875-0.910). The positive likelihood ratio was 93 and the negative likelihood ratio was 0.097.

### Conclusion

The level of agreement between the two scales is excellent. The knowledge of the performance of the 5-item scale will serve to consider its use in the screening of this pathology.

### Keywords

**SCALES OF YESAVAGE, ELDERLY, GERIATRIC DEPRESSION**



**CONTENIDO**

RESUMEN ..... 2

ABSTRACT ..... 3

CONTENIDO ..... 4

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL..... 6

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL ..... 7

AGRADECIMIENTOS ..... 8

DEDICATORIA..... 9

CAPÍTULO I ..... 10

    1.1 INTRODUCCIÓN ..... 10

    1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 11

    1.3 JUSTIFICACIÓN ..... 12

CAPÍTULO II ..... 14

2. FUNDAMENTO TEÓRICO ..... 14

CAPÍTULO III ..... 18

3. OBJETIVOS ..... 18

    3.1 OBJETIVO GENERAL ..... 18

    3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 18

CAPÍTULO IV ..... 19

4. DISEÑO METODOLÓGICO ..... 19

    4.1 TIPO DE ESTUDIO ..... 19

    4.2 ÁREA DE ESTUDIO ..... 19

    4.3 UNIVERSO Y MUESTRA ..... 19

    4.4 VARIABLES ..... 19

        4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 20

    4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN ..... 20

        4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN ..... 20

    4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS ..... 20

    4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ..... 21

    4.8 PROCEDIMIENTOS ..... 24

        4.8.1 AUTORIZACIÓN..... 24

        4.8.2 CAPACITACIÓN..... 25

        4.8.4 SUPERVISIÓN ..... 25



4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	25
CAPÍTULO V.....	26
5. RESULTADOS.....	26
CAPÍTULO VI.....	399
6. DISCUSIÓN .....	399
CAPÍTULO VII.....	422
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	422
7.1 CONCLUSIONES .....	42
7.2 RECOMENDACIONES.....	42
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	444
9. ANEXOS.....	499

## LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

LUIS ALFONSO MUÑOZ FIGUEROA en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Comparación de la Escala de Depresión Geriátrica de 5 Ítems frente a la Versión Validada de 15 preguntas. Parroquia Totoracocha, Cuenca 2017”, 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 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 de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de noviembre del 2017



---

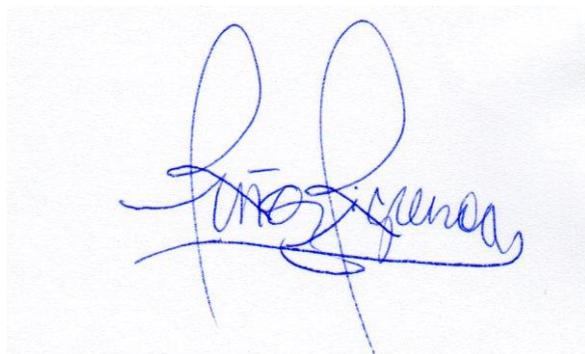
LUIS ALFONSO MUÑOZ FIGUEROA

C.I. 0950752774

## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

LUIS ALFONSO MUÑOZ FIGUEROA, autor del proyecto de investigación “Comparación de la Escala de Depresión Geriátrica de 5 Ítems frente a la Versión Validada de 15 preguntas. Parroquia Totoracocha, Cuenca 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de noviembre del 2017



---

LUIS ALFONSO MUÑOZ FIGUEROA

C.I. 0950752774



## AGRADECIMIENTOS

*A la Vida que se manifiesta y nos sorprende a cada instante.*

*A mi Padre, quién inspiró esta carrera en mí y ha sido perseverante en su  
confianza y apoyo.*

*A mi Madre, Hermanas y Hermano que me impulsaron constantemente en este  
camino.*

*A mi Director, que me brindó generosamente sus conocimientos, amistad y  
comprensión.*

*Y a mi sine qua non, mi compañera Nathalia y los milagros surgidos de nuestro  
amor.*

*Alfonso*



## DEDICATORIA

*A los Adultos Mayores; para que no dejen de sorprenderse con la vida que se manifiesta a cada instante y a los que les seguimos; para que aprendamos a escuchar y no seamos fomento de su soledad.*

*Alfonso*



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El incremento demográfico de la población adulta mayor en el Ecuador(1) demanda políticas públicas orientadas a este grupo poblacional prioritario,(2) en el cual la depresión representa el trastorno mental más frecuente, con mayor riesgo de presentación que el resto de la población y subdiagnosticado,(3) y que por ende requiere ser pesquisado tempranamente para su tratamiento y prevención de complicaciones.

En virtud de la importancia del diagnóstico de este trastorno y considerando su repercusión en el deterioro funcional, la pérdida de autonomía, la disminución del bienestar y la exacerbación de síntomas de comorbilidad,(4) se busca en este trabajo comparar la escala de depresión geriátrica de 5 ítems frente a la versión validada de 15 preguntas para contar con parámetros que nos permitan evaluar la efectividad de la versión reducida, pensando en la necesidad de disponer de una herramienta de tamizaje que sea ágil y de fácil administración para el diagnóstico temprano esta patología.

En el Ecuador no existen publicaciones de validación de test para la escala de depresión geriátrica de 5 ítems por lo que se justifica la realización de esta investigación y especialmente porque el análisis de los resultados nos permitirá establecer si dicha escala puede ser un instrumento de tamizaje en la población de Totoracocha.

Para lograr nuestro objetivo utilizamos la prueba de chi cuadrado para establecer asociaciones entre variables cualitativas y cada una de las escalas, así como el coeficiente de kappa Cohen para determinar la concordancia entre ambas escalas. A su vez determinamos sensibilidad, especificidad, verdaderos positivos, verdaderos negativos, falsos positivos, falsos negativos, razón de verosimilitud positiva y negativa e índice de Youden.

Nuestras limitaciones son a nivel de cobertura, no obstante que mediante investigaciones subsecuentes puede ser ampliada, considerando la diversidad de nuestras regiones y asimismo la variabilidad socioeconómica y cultural de

nuestro país, para identificar el comportamiento de los instrumentos en cada contexto poblacional.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de Depresión en los Adultos Mayores implica diversas dificultades, pues al momento de indagar sobre su sintomatología suelen priorizar las manifestaciones somáticas sobre las cognitivas y afectivas.(5) Asimismo en el entorno familiar del paciente geriátrico, así como por el personal de salud, se considera frecuentemente una relación natural entre envejecimiento y estado de ánimo deprimido,(4) lo cual puede explicar que esta patología sea subdiagnosticada y por tanto no reciba el tratamiento adecuado, complicando la evolución de otras enfermedades frecuentes en la senectud.(6)

Por los mencionados motivos se requiere de instrumentos apropiados para el tamizaje de síntomas depresivos, que sean de fácil comprensión y ágil administración,(7) pues desde la implementación de la primera versión de la escala de Yesavage, conformada por 30 preguntas, se han identificado -al momento de llevar a cabo en población geriátrica extensos cuestionarios- el cansancio, la pérdida de atención y de interés para concluir los ítems.

La quinta revisión del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría describe a la depresión geriátrica como un trastorno mental en el que la persona de 65 años o más, experimenta una tristeza profunda e interés disminuido para casi todas las actividades.(8)

La proyección de Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2017 reporta 976.942 adultos mayores (65 años o más) en el Ecuador, que representan el 6,6 % de la población, el 52,8 % son mujeres y el 47,2% hombres.(1) En la provincia del Azuay se contabilizaron en el censo del año 2010, 55. 835 adultos mayores, es decir el 7,84% del total nacional. Por otra parte sigue aumentando la esperanza de vida al nacer, que para el año 2010 fue de 75 años en el país y para el 2050 se proyecta que aumentará a 80,5 años.(9)

Todo esto implica la necesidad de ofrecer medidas eficaces en la atención de salud para cumplir con los derechos que consigna la Constitución a los adultos mayores como parte de los grupos de atención prioritaria,(2) así como investigar

los problemas de salud que comprometen a este grupo poblacional, dentro de los cuales la salud mental ocupa un lugar de gran relevancia, más aun considerando las consecuencias que acarrea.

El Estudio Europeo de la Depresión realizado en mayores que viven en la comunidad refiere un 12.3% de prevalencia global, mujeres 14.1%, hombres 8.6%, en tanto en una revisión sistemática mundial la prevalencia global es del 13.5%.(10) A nivel local, un estudio realizado durante el año 2014 en el distrito de salud 01D01 de la provincia del Azuay reporta una prevalencia de 43,5% entre los 65 y 74 años y de 48,6% en los mayores de 74 años,(11) sin embargo en otro estudio llevado a cabo en la parroquia Cañaribamba de la ciudad de Cuenca, la prevalencia de depresión geriátrica fue del 14,7%,(12) encontrándose mayor similitud con la estadística global. Asimismo otro estudio local refiere una prevalencia de depresión del 81.4% cuando es concomitante con el diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial.(13)

Para desarrollar este trabajo nos planteamos algunas preguntas de investigación: ¿Es la escala de depresión geriátrica de 5 ítems una herramienta eficaz para su detección? ¿Son comparables los resultados obtenidos con la aplicación de esta herramienta con los proporcionados por la escala de 15 ítems? ¿Posee la herramienta investigada la misma efectividad para valorar hombres y mujeres? ¿Cuál es la concordancia entre las dos escalas?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE – 2009/2010, reporta como prevalencia a nivel nacional de depresión en el adulto mayor cifras que varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de esta población, entre el 11,9% y el 54%,(3) hecho que ha dado lugar a que las instituciones formadoras de talentos humanos como el caso de la Universidad de Cuenca, privilegien áreas de investigación vinculadas a esta realidad. En efecto, nuestra propuesta se enmarca en la décima segunda línea de investigación estipulada por la Facultad de Ciencias Médicas que comprende la “Salud de los ancianos” lográndose con esta investigación resaltar la visibilización de esta entidad subdiagnosticada, asimismo se vincula a la décima línea de investigación, referida a los problemas relacionados con la “Atención Primaria de Salud” que



es dónde se desarrolló este estudio por ser competencia de este nivel el diagnóstico y tratamiento en primera instancia de esta patología. A su vez, en la décima cuarta línea que señala a los “Problemas de salud prevalentes prioritarios” concordante con las cifras de prevalencia expuestas. Igualmente nuestro estudio se enmarca en las prioridades de investigación en salud 2013 – 2017 del Ministerio de Salud Pública que estipula en el punto número once a la “Salud Mental y Trastornos del Comportamiento” acápite que incluye a la depresión y distimia.

Por otra parte, en nuestro país no se reporta que hayan sido contrastadas las versiones de 5 y 15 ítems de la escala de depresión geriátrica, por tanto los resultados obtenidos pueden eventualmente contribuir para la consideración de un instrumento de fácil administración y bajo costo para el tamizaje de depresión geriátrica en el usuario ambulatorio de nuestro sistema de salud.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso normal, universal y progresivo del individuo donde se presentan cambios complejos, que a nivel biológico están asociados con la sumatoria de una amplia gama de alteraciones moleculares y celulares así como con una reducción celular de hasta un 25 a 30 % en los diferentes órganos y sistemas del organismo, lo cual genera variaciones homeostáticas y un perjuicio para la vitalidad orgánica. Gradualmente estos daños reducen las reservas fisiológicas y aumentan el riesgo de adquirir y de progresar de múltiples morbilidades, en especial las enfermedades crónicas y degenerativas. Adicionalmente influye la carga genética, estilos de vida no saludables, condiciones socio-económicas deficientes y ambientales nocivas, que hacen que la salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia, con todas sus consecuencias, económicas, sociales y psicológicas. Se trata de un proceso individual y carente de sincronía, es decir no tiene lugar en completa correspondencia temporal con la causa que lo produce, dónde además de los cambios biológicos se presentan cambios en los roles y las jerarquías sociales.(14,15)

De acuerdo a cifras de la OMS, la población mayor a 60 años en el año 2015 fue de 900 millones representando un 12%, estimándose que para el año 2050 este valor llegaría a 2000 millones, lo que significa que este grupo etario pasaría a constituir el 22% de la población global.(16)

A nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en la población mayor a 60 años y aproximadamente 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental, siendo los más frecuentes la demencia y la depresión. Se estima que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y afecta severamente la calidad de vida del adulto mayor.(16)

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y también a la función orgánica general. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) define al

trastorno depresivo mayor como un problema de salud mental policausal caracterizado por un conjunto de síntomas, entre los cuales encontramos cambios en el estado de ánimo, apetito y sueño, la anhedonia, letargo, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultad para concentrarse, agitación e ideación suicida.(8)

La depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse igual que en otras fases de la vida y tratarse con consideraciones específicas. En esta población es una de las morbilidades más comunes, cuyo subdiagnóstico puede ser resultado de mayor somatización, enmascaramiento de síntomas, interpretaciones erradas relacionadas con situaciones propias de esta etapa del ciclo vital (duelos, cambios de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales), estigmas sociales y dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con demencia.(7,17)

Existen diversas teorías acerca de la fisiopatología de la depresión, constituyendo un trastorno heterogéneo desde el punto de vista clínico y etiológico. Incluso evidencia reciente demuestra que existe una deficiencia en la conectividad funcional entre el cerebelo y la corteza cerebral en varias redes neuronales, y esto puede interferir directamente en el rendimiento motor, especialmente en el equilibrio y la coordinación.(18,19)

La hipótesis de la deficiencia de monoaminas ha demostrado ser la teoría neurobiológica clínicamente más relevante de la depresión. Las personas deprimidas tienen disminuidos neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina. El déficit de dopamina podría estar relacionado con la disminución progresiva de habilidades motoras produciendo rigidez, pérdida de fuerza y equilibrio así como dificultad para caminar.(20,21)

A su vez, evidencia contundente de estudios con gemelos revela que el 30-40% del riesgo de trastorno depresivo mayor es genético. Sin embargo, no se ha logrado determinar la interacción entre los genes y el medio ambiente. Se considera que el 60-70% de pacientes con trastorno depresivo mayor dependen de factores no genéticos, es decir autopercepción, estrés, bajo apoyo social, conflictos conyugales, comunitarios, económicos, culturales, etcétera.(18,22)



Son factores de riesgo conocidos para desarrollar depresión geriátrica los cambios vitales como, por ejemplo, el deterioro cognitivo, la discapacidad o la institucionalización. Además, la depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, agotamiento, polifarmacia, disminución de la movilidad, por ende con la dependencia funcional, todo lo cual está relacionado con el deterioro en la calidad de vida.(15,23)

Santos y col. realizaron un estudio poblacional en Brasil en el año 2012 donde evidenciaron que existe una relación inversa entre los síntomas depresivos y el rendimiento motor en los ancianos, independientemente del sexo, la edad, la alfabetización, el ingreso per cápita y la actividad física. Según este estudio, los adultos mayores con síntomas depresivos presentaban entre el 58% y el 82% más de limitación funcional en comparación con los que no estaban deprimidos.(21)

A nivel nacional, se reportan prevalencias de depresión geriátrica muy diversas de acuerdo a cada localidad estudiada, cómo es corroborado por La Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE – 2009/2010, que reporta como prevalencia a nivel nacional de depresión en el adulto mayor cifras que varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de esta población, entre el 11,9% y el 54%,(9)

Teniendo en consideración todas las aristas del problema, es fundamental el diagnóstico oportuno de esta entidad y consecuente tratamiento prioritario e integral.

Para ello se requiere de una herramienta eficaz para el cribado de Depresión Geriátrica en la Atención Primaria de Salud. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés), diseñada por Yesavage y colaboradores en 1982 y validada en la actualidad en todas sus versiones, cuenta además con amplia bibliografía que respalda su utilización, destacándose porque otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, que en el cribado de depresión cuentan con menor valor en el adulto mayor.(17,18) En el cuestionario original GDS-30, el sujeto evaluado debe responder 30 preguntas dicotómicas respecto a cómo se sintió la semana anterior a la aplicación. Posteriormente se desarrolló un formulario reducido GDS-15, que consiste en 15



preguntas seleccionadas del cuestionario original, que demostraron contar con mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. Se evidenció que el cuestionario de 15 ítems resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada. Se puede completar en un rango de 10 a 15 minutos, incluyendo presentación del instrumento, explicación básica y resolución de dudas.(24,25)

Posteriormente se proponen versiones ultra cortas de 4 y 5 ítems para el tamizaje de depresión, siendo la más estudiada y probada esta última. Su fácil administración, simplicidad y costo y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han permitido que esta escala sea ampliamente recomendada en el tamizaje de depresión del paciente geriátrico, sobre todo en Atención Primaria en Salud, a la cual el adulto mayor acude por múltiples patologías que requieren ser atendidas y en donde el tiempo frecuentemente apremia, constituyendo una ventaja sustancial para el usuario geriátrico.(26,27)



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar la escala de depresión geriátrica de 5 ítems frente a la versión validada de 15 preguntas. Parroquia Totoracocha, Cuenca 2017

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor con ambas escalas.
- Establecer la concordancia entre la escala abreviada de 5 ítems frente al cuestionario de 15 preguntas.

## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de validación de test.

#### 4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La parroquia urbana Totoracocha, pertenece al cantón Cuenca y se localiza al noreste de la ciudad, en la provincia del Azuay, a una altura de 2700 metros sobre el nivel del mar, con una población total de 25.430 habitantes en una superficie de 2,9 kilómetros cuadrados y una densidad poblacional de 8.923 Hab/Km<sup>2</sup>. El Centro de Salud tipo B “UNE - Totoracocha” se ubica en esta parroquia y pertenece al Distrito de Salud 01D01, en la calle Yanahurco, entre las calles 13 de Abril e Ignacio Cordero.

#### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

##### **Universo**

Todas las personas de 65 años o más de la parroquia Totoracocha de la ciudad de Cuenca, que de acuerdo a la proyección del INEC para el año 2016 fueron de 949 Adultos Mayores.

##### **Muestra**

La muestra fue obtenida mediante una automatización de la fórmula de Fisher, con la calculadora de tamaño de muestra desarrollada por Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste de Argentina(28) que cuenta con el aval de OPS – BIREME y Medline. Para el cálculo de la muestra, se consideró el universo de 949 adultos mayores, un margen de error del 5%, un nivel de confianza del 95 % y 50% de la proporción de la distribución de las respuestas, lo cual estipuló una muestra efectiva de 274 participantes, que debieron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión para ser incorporados en la tabulación.

#### 4.4 VARIABLES

Las variables en estudio de la presente investigación fueron las Escalas de Yesavage de 5 y 15 preguntas, la percepción de falta de apoyo para el cuidado personal y las sociodemográficas de edad, sexo, estado civil, ocupación y núcleo familiar.



#### **4.4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Ver Anexo 1

#### **4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Usuarios y usuarias de 65 años o más, residentes en la Parroquia Totoracocha, que acudieron por cualquier causa al Centro de Salud UNE de dicha parroquia y que firmaron el Consentimiento Informado (Anexo 2).

##### **4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Usuarios y usuarias de 65 años o más, que acudieron al Centro de Salud UNE, pero que no residían en la parroquia Totoracocha; que no desearon participar en la investigación; y que constaban con diagnóstico de demencia o presentaron al momento de la encuesta signos de deterioro cognitivo que no permitieron la aplicación del instrumento de recolección de datos y escalas de depresión.

#### **4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Se realizó un estudio de validación de test, en una muestra de 274 adultos mayores, obtenida mediante fórmula de Fisher, considerando el universo de población geriátrica de la parroquia Totoracocha, con un porcentaje de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, ejecutándose con adultos mayores residentes en la parroquia Totoracocha, que acudieron por cualquier causa al Centro de Salud del MSP “UNE” de dicha parroquia de la ciudad de Cuenca y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para ser incorporados en la tabulación.

La recolección de datos se realizó mediante encuestas con técnica de interrogatorio, obteniéndose información sociodemográfica con el formulario tipo cuestionario con preguntas abiertas y cerradas desarrolladas para tal efecto (Anexo 2) y aplicándose otro formulario tipo cuestionario con preguntas cerradas que abarcan las Escalas de Depresión Geriátrica, más conocidas como Escalas de Yesavage de 15 y 5 ítems, en un único instrumento (Anexo 3), pues la versión de 5 preguntas es una selección de preguntas de la versión de 15 ítems, previniendo también de este modo el cansancio de los participantes descrito en la literatura y que adicionalmente podría haberse exacerbado aplicando dos

cuestionarios con preguntas repetidas. Todos los instrumentos fueron heteroadministrados mediante entrevistas realizadas en espacios adecuados del Centro de Salud UNE.

#### 4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información recolectada fue tabulada en tablas simples y de doble entrada y analizada en el programa SPSS (de sus siglas en inglés, *Statistical Package for the Social Sciences*), versión 15.00, donde se tabularon los resultados en tablas simples y de doble entrada y como medidas estadísticas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para establecer asociaciones entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado y para determinar la concordancia entre ambas escalas de depresión se utilizó el coeficiente de kappa de Cohen. Los resultados obtenidos mediante las pruebas estadísticas se consideraron como significativos cuando el valor de p fue menor a 0,05.

Se clasificaron a los sujetos dependiendo si la prueba diagnóstica fue alterada o normal (escala de depresión de 5 ítems, con un punto de corte mayor o igual a 2 puntos); frente a la escala de depresión de 15 ítems (con un punto de corte mayor o igual a 6 puntos) la cual fue representada como el cuestionario *gold standard* para la determinación de depresión geriátrica establecida mediante test psicométricos. Posteriormente se realizaron los cruces de variables con la presencia o ausencia de depresión y las pruebas alteradas o normales, mediante tablas de contingencia.

		Depresión		Total
		Si	No	
Prueba diagnóstica	Alterada	a	b	a + b
	Normal	c	d	c + d
	Total	a + c	b + d	a + b + c + d

En donde:

a = número de pacientes con la enfermedad diagnosticados como "positivos" por las dos pruebas = verdaderos positivos (VP).

b = número de pacientes sin la enfermedad diagnosticados como "positivos" por la nueva prueba, y negativo por la prueba de oro = falsos positivos (FP).

c = número de pacientes con la enfermedad diagnosticados como "negativos" por la nueva prueba y positivos por la prueba de oro = falsos negativos (FN).

d = número de pacientes sin la enfermedad diagnosticados como "negativos" por las dos pruebas = verdaderos negativos (VN).

Los estimadores de las probabilidades descritas son:

$$\text{Sensibilidad} = \frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Total de Enfermos}} = \frac{VP}{VP + FN} = \frac{a}{a + c} \times 100$$

Es el porcentaje de resultados positivos en pacientes con una determinada enfermedad. Mide el porcentaje de individuos enfermos correctamente diagnosticados, indica la capacidad de una prueba para detectar a un sujeto con la enfermedad. La sensibilidad expresa cuán "sensible" es la prueba a la presencia de la enfermedad. Una alta sensibilidad indica un bajo número de falsos negativos.

$$\text{Especificidad} = \frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Total de Enfermos}} = \frac{VN}{VN + FP} = \frac{d}{b + d} \times 100$$

Es el porcentaje de resultados negativos en pacientes que no padecen esa enfermedad. Valora la capacidad de una prueba para detectar correctamente individuos sanos. Una alta especificidad indica una baja frecuencia de falsos positivos, es decir la probabilidad de que un paciente sano tuviera la prueba negativa o el porcentaje de negatividad de la prueba diagnóstica en ausencia de enfermedad.

$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Total de Positivos}} = \frac{VP}{VP + FP} = \frac{a}{a + b} \times 100$$

El valor predictivo positivo es el porcentaje de pacientes enfermos entre todos los pacientes con resultados positivos. Valora la probabilidad de que una prueba positiva diagnostique correctamente a un individuo que tenga la enfermedad.

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Total de Negativos}} = \frac{VN}{VN + FN} = \frac{d}{c + d} \times 100$$

El valor predictivo negativo indica la frecuencia de pacientes no enfermos entre todos los pacientes con resultado negativo. Valora la probabilidad de que una prueba negativa diagnostique correctamente a un individuo sano. El valor predictivo negativo de una prueba será la probabilidad de que una prueba negativa diagnosticase correctamente a un individuo sano, o el porcentaje de individuos sanos con resultados negativos con relación al total de resultados negativos.

$$\text{Índice de Youden (IY)} = S + E - 1 = S - (1 - E)$$

Este índice clínico fue propuesto por Youden (1950) para analizar la capacidad del método diagnóstico, usando un único valor en reemplazo de la forma dual de hacerlo (sensibilidad y especificidad). La idea es mezclar los dos índices anteriores para hacer el estudio de calidad. Varía de (-1) a (+1). Si es inferior o igual a 0, la prueba no tiene ningún valor informativo. La prueba es mejor cuando el índice de Youden se acerca a 1.

Razón de Verosimilitud Positivo:

$$RV_+ = \frac{S}{1-E}$$

Razón de verosimilitud de una prueba positiva (RV +). Valores mayores de RV + indican mejor capacidad para diagnosticar la presencia de enfermedad.

Razón de Verosimilitud Negativo:

$$RV_- = \frac{1-S}{E}$$

Cabe señalar que la concordancia específicamente es una prueba estadística que permite establecer cuanto es la aproximación de una prueba diagnóstica frente a otra que puede ser el estándar de oro u otra probada y de reconocido alto rendimiento. En el caso de la depresión geriátrica el estándar de oro es la entrevista psiquiátrica, que sin embargo dificulta el desarrollo de investigaciones de este tipo en cuanto el número de especialistas en nuestro país es limitado para abarcar una muestra estadísticamente significativa y por consiguiente otra dificultad es el tiempo implicado en la entrevista de un elevado número de pacientes. En el caso del presente estudio consideramos la versión validada de 15 preguntas, que ha sido contrastada en múltiples ocasiones y en diversas latitudes con la entrevista psiquiátrica y de probada alta sensibilidad y alta especificidad en Depresión del Adulto Mayor. Landis y Koch en el año 1977 estratificaron la fuerza de concordancia entre dos pruebas, mediante intervalos obtenidos según el coeficiente de kappa de Cohen: Pobre (k: 0,00); Leve (k: 0,01-0,20); Aceptable (k: 0,21-0,40); Moderada (k: 0,41-0,60); Buena (k: 0,61-0,80) y Casi perfecta (k: 0,81-1,00). (27)

Finalmente, para evaluar la utilidad de la escala de depresión con 5 ítems se utilizó la construcción de una Curva COR (Característica Operativa de Receptor), donde se dio a conocer el punto de corte del número de ítems con mejor sensibilidad y especificidad para determinar la presencia o no de depresión. Además, el área bajo la curva (ABC) fue empleada como medida de poder diagnóstico de la escala de depresión de 5 ítems frente a la de 15 ítems.

## 4.8 PROCEDIMIENTOS

### 4.8.1 AUTORIZACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo bajo autorización del Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Asimismo se dirigió un oficio a la Dra. Elizabeth Beltrán, Directora del Centro de Salud UNE del MSP, obteniéndose la autorización correspondiente para el desarrollo de este trabajo en sus dependencias.



#### **4.8.2 CAPACITACIÓN**

La capacitación se llevó a cabo mediante rigurosa revisión bibliográfica con énfasis en depresión geriátrica, herramientas diagnósticas y tamizaje, asesoramiento por parte de expertos en el área y entrenamiento previo a la aplicación de los instrumentos.

#### **4.8.4 SUPERVISIÓN**

A cargo del Dr. Jorge Parra, Director de este proyecto.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Cada participante recibió información sobre los objetivos del estudio, la finalidad académica y el procedimiento de recolección de la información, precisando que la realización del mismo no acarreaba riesgo alguno para su integridad y garantizando la confidencialidad de la información. La recolección de los datos se realizó en la institución señalada, en un entorno privado y acogedor que fomentó la voluntad y compromiso de los participantes con el estudio.

##### **Consentimiento informado**

Se proporcionó y leyó el respectivo documento de consentimiento informado (Anexo 2), disipándose dudas e interrogantes. Para continuar con la participación en el estudio, dicho documento debió ser aceptado y firmado.

## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

De los 274 adultos mayores evaluados, el 64,6% correspondió al sexo femenino y 35,4% al masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 65 a 74 años con 49,6%; seguido de 75 a 84 años con 35,4% y 85 años y más con 15,0%. El estado civil más frecuente fue de casado con 51,5% (n=141), seguido por viudo con 26,3%. La menor frecuencia se presentó en soltero (5,1%) y separado (4,7%). La ocupación principal más frecuente fue de inactivo o jubilado con 51,1%; seguido de quehaceres domésticos con 24,8%. La prevalencia de depresión por la escala de 15 ítems fue de 19,0%, y de 17,9% por la escala de 5 ítems (Tabla No. 5). La depresión mostró una asociación significativa con el hecho de vivir con el esposo(a) tanto por la escala de 15 ítems ( $\chi^2=4,224$ ;  $p=0,040$ ) como por la de 5 ítems ( $\chi^2=4,823$ ;  $p=0,028$ ), evidenciando que los adultos mayores que viven con su pareja presentan menos depresión que aquellos que no viven con la pareja (Tabla No.7). Además, ambas escalas tuvieron una asociación con la percepción de falta de apoyo para el cuidado personal, evidenciando una significativa mayor frecuencia de depresión en los adultos mayores que reportaron aquella percepción ( $\chi^2=36,456$ ;  $p<0,001$  para la escala de 15 ítems y  $\chi^2=30,149$ ;  $p<0,001$  para la escala de 5 ítems).

Con respecto a las respuestas más frecuentes de ambas escalas relacionadas con depresión, se obtuvo que el 51,1% refiere haber abandonado muchas tareas habituales y aficiones; 33,9% prefiere quedarse en casa; 29,6% teme que algo malo pueda ocurrirle y 24,8% piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación (Tabla No.4).

El 17,2% de los adultos mayores se clasificaron por ambas escalas como depresión (verdadero positivo); el 0,7% fue diagnosticado con depresión por la escala de 5 ítems y según la escala de 15 ítems no presentaba (falso positivo); el 1,8% no presentó depresión por la escala de 5 ítems cuando la escala de 15 ítems determinó que si tenían depresión (falsos negativos); y 80,3% fue diagnosticado como ausencia de depresión por ambas escalas (verdaderos negativos). Se encontró una concordancia significativa entre el diagnóstico de depresión según la escala de Yesavage de 5 ítems con la de 15 ítems ( $k=0,915$ ;



$p < 0,001$ ). La escala de 5 ítems mostró una sensibilidad de 90,3% y especificidad de 99,0% para diagnosticar depresión. El valor predictivo positivo fue de 95,9%; valor predictivo negativo fue 97,7%; índice de Youden 0,893 (IC95%: 0,875-0,910). La razón de verosimilitud positiva fue 93 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,097. (Tabla No.8).

Al evaluar la escala de 5 ítems para determinar depresión en base a la escala de 15 ítems, mediante la construcción de una curva COR, se obtuvo un área bajo la curva de 0,974; corroborándose en nuestra población, el punto de corte idóneo para detectar depresión en  $\geq 2$  puntos con la escala de 6 ítems, con una sensibilidad del 90,3% y una especificidad del 99,1% (Figura No. 1).

Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas:

Tabla No. 1

**Distribución de 274 adultos mayores de la parroquia Totoracocha según sexo, grupo etario, estado civil y ocupación principal. Cuenca 2017.**

VARIABLE	n=274	(100%)
<b>SEXO</b>		
Femenino	177	(64.6)
Masculino	97	(35.4)
<b>GRUPOS ETARIOS</b>		
65 a 74 años	136	(49.6)
75 a 84 años	97	(35.4)
85 años y más	41	(15.0)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	14	(5.1)
Casado	141	(51.5)
Viudo	72	(26.3)
Divorciado	18	(6.6)
Separado	13	(4.7)
Unión Libre	16	(5.8)
<b>OCUPACIÓN PRINCIPAL</b>		
Inactivo o jubilado	140	(51.1)
Quehaceres domésticos	68	(24.8)
Comerciante	40	(14.6)
Otros	26	(9.5)

Fuente: Base de datos

Elaborado por: El autor

De los 274 adultos mayores evaluados, el 64,6% correspondió al sexo femenino y 35,4% al masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 65 a 74 años con 49,6%; seguido de 75 a 84 años con 35,4% y 85 años y más con 15,0%. El estado civil más frecuente fue de casado con 51,5% (n=141), seguido por viudo con 26,3%. La menor frecuencia se presentó en soltero (5,1%) y separado (4,7%). La ocupación principal más frecuente fue de inactivo con 51,1%; seguido de quehaceres domésticos con 24,8%.

Tabla No. 2

**Comportamiento del núcleo de convivencia de los adultos mayores de la parroquia Totoracocha. Cuenca 2017.**

VARIABLE	n=274	%
<b>Vive sólo</b>		
Si	45	16,4
No	229	83,6
<b>Personas con quien vive</b>		
Ninguna	45	16,4
1 persona	64	23,4
2 personas	58	21,2
3 personas	56	20,4
4 personas o más	51	18,6
<b>Vive con esposo (a)</b>		
Si	156	56,9
No	118	43,1
<b>Vive con hijo/a (s)</b>		
Si	118	43,1
No	156	56,9
<b>Vive con otros familiar(es)</b>		
Si	113	41,2
No	161	58,8
<b>Fuente: Base de datos</b>		
<b>Elaborado por: El autor</b>		

El 16,4% vive solo; siendo lo más frecuente vivir con 1 persona (23,4%), seguido de 2 personas con 21,2%. El parentesco del familiar con quien mayor frecuencia vive es el esposo(a) con 56,9%; seguido de los hijos (43,1%), y otros familiares (41,2%).

Tabla No. 3

**Frecuencia de percepción de falta de apoyo (familiar, social, institucional) para el cuidado personal de los adultos mayores de la parroquia Totoracocha. Cuenca 2017.**

¿Siente falta de apoyo (familiar, social, institucional) para su cuidado personal?	n	%
Si	88	32,1
No	186	67,9
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Elaborado por:** El autor

El 32,1% (n=88) de los adultos mayores percibe que existe falta de apoyo para su cuidado personal.

Tabla No. 4

**Frecuencia de las respuestas de las escalas de depresión geriátrica en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha. Cuenca 2017.**

**ESCALAS DE YESAVAGE DE 5 Y 15 ÍTEMS  
(Las primeras cinco preguntas –subrayadas– son comunes para las versiones de 5 y 15 ítems)**

Preguntas	Respuesta	n	%
<u>1.- ¿Siente que su vida está vacía?</u>	Si	48	17,5
	No	226	82,5
<u>2.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</u>	Si	55	20,1
	No	219	79,9
<u>3.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</u>	Si	217	79,2
	No	57	20,8
<u>4.- ¿Se siente con frecuencia desamparado/a, desprotegido/a?</u>	Si	59	21,5
	No	215	78,5
<u>5.- ¿Se siente lleno/a de energía?</u>	Si	205	74,8
	No	69	25,2
6.- En general ¿Está satisfecho/a con su vida?	Si	237	86,5
	No	37	13,5
7.- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	140	51,1
	No	134	48,9
8.- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	81	29,6
	No	193	70,4
9.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	216	78,8
	No	58	21,2
10.- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	93	33,9
	No	181	66,1
11.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	67	24,5
	No	207	75,5
12.- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Si	261	95,3
	No	13	4,7
13.- ¿Actualmente se siente inútil?	Si	28	10,2
	No	246	89,8
14.- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	41	15,0
	No	233	85,0
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	68	24,8
	No	206	75,2
<b>Total</b>		<b>274</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

Elaborado por: El autor

Con respecto a las respuestas relacionadas con depresión más frecuentes, se obtuvo que el 51,1% refiere haber abandonado muchas tareas habituales y aficiones; 33,9% prefiere quedarse en casa; 29,6% teme que algo malo pueda ocurrirle y 24,8% piensa que la mayoría de la gente está en mejor posición.

**Tabla No. 5**

**Comparación de la prevalencia de depresión en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha, según las Escalas de Yesavage de 15 y 5 ítems. Cuenca 2017.**

Escala de Yesavage		
<b><u>Depresión - 15 ítems*</u></b>	<b>N =274</b>	<b>%</b>
Si	52	19,0
No	222	81,0
<b><u>Depresión 5 ítems**</u></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	49	17,9
No	225	82,1
<b>* Depresión <math>\geq</math> 6 puntos; ** Depresión <math>\geq</math> 2 puntos</b>		
<b>Fuente: Base de datos</b>		
<b>Elaborado por: El autor</b>		

La prevalencia de depresión según la escala de Yesavage de 15 ítems fue de 19,0%, y según la escala de 5 ítems fue de 17,9%.

Tabla No. 6

**Prevalencia de depresión por la escala de 15 y 5 ítems en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha según las variables sociodemográficas. Cuenca 2017.**

VARIABLE	Depresión 15 ítems*				Depresión 5 ítems**			
	Si		No		Si		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Femenino	36	20,3	141	79,7	34	19,2	143	80,8
Masculino	16	16,5	81	83,5	15	15,5	82	84,5
$\chi^2 (p)$	0,602 (0,438)				0,598 (0,439)			
<b>Grupos Etarios</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
65 a 74 años	24	17,6	112	82,4	24	17,6	112	82,4
75 a 84 años	18	18,6	79	81,4	16	16,5	81	83,5
85 años y más	10	24,4	31	75,6	9	22,0	32	78,0
$\chi^2 (p)$	0,949 (0,662)				0,595 (0,743)			
<b>Estado Civil</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	2	14,3	12	85,7	2	14,3	12	85,7
Casado	22	15,6	119	84,4	20	14,2	121	85,8
Viudo	19	26,4	53	73,6	19	26,4	53	73,6
Divorciado	5	27,8	13	72,2	4	22,2	14	77,8
Separado	1	7,7	12	92,3	1	7,7	12	92,3
Unión Libre	3	18,8	13	81,3	3	18,8	13	81,3
$\chi^2 (p)$	5,801 (0,326)				6,142 (0,293)			
<b>Ocupación</b>	n	%	N	%	n	%	n	%
Inactivo o Jubilado	27	19,3	113	80,7	25	17,9	115	82,1
Quehaceres domésticos	18	26,5	50	73,5	16	23,5	52	76,5
Comerciante	2	5,0	38	95,0	3	7,5	37	92,5
Otro	5	19,2	21	80,8	5	19,2	21	80,8
$\chi^2 (p)$	7,575 (0,056)				4,445 (0,217)			
* Depresión $\geq$ 6 puntos; ** Depresión $\geq$ 2 puntos								
Fuente: Base de datos								
Elaborado por: El autor								

La depresión determinada por la escala de Yesavage de 15 y 5 ítems no mostró una asociación estadísticamente significativa con el sexo, edad, estado civil y ocupación.

**Tabla No. 7**

**Prevalencia de depresión por la escala de 15 y 5 ítems en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha según el núcleo de convivencia familiar. Cuenca 2017.**

VARIABLE	Depresión 15 ítems*				Depresión 5 ítems**			
	Si		No		Si		No	
<b>Vive Sólo(a)</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	10	22,2	35	77,8	8	17,8	37	82,2
No	42	18,3	187	81,7	41	17,9	188	82,1
$\chi^2 (p)$	0,369 (0,544)				0,001 (0,984)			
<b>Personas Con Quien Vive</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna	10	22,7	34	77,3	8	18,2	36	81,8
1 persona	9	14,1	55	85,9	8	12,5	56	87,5
2 personas	11	19,0	47	81,0	12	20,7	46	79,3
3 personas	11	19,6	45	80,4	12	21,4	44	78,6
4 personas o más	11	21,6	40	78,4	9	17,6	42	82,4
$\chi^2 (p)$	1,641 (0,801)				2,051 (0,726)			
<b>Vive con Espos(a)</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	23	14,7	133	85,3	21	13,5	135	86,5
No	29	24,6	89	75,4	28	23,7	90	76,3
$\chi^2 (p)$	<b>4,224 (0,040)</b>				<b>4,823 (0,028)</b>			
<b>Vive Con Hijos(as)</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	28	23,7	90	76,3	27	22,9	91	77,1
No	24	15,4	132	84,6	22	14,1	134	85,9
$\chi^2 (p)$	3,042 (0,081)				3,526 (0,060)			
<b>Vive Con Familiares</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	23	20,4	90	79,6	24	21,2	89	78,8
No	29	18,0	132	82,0	25	15,5	136	84,5
$\chi^2 (p)$	0,237 (0,627)				1,475 (0,225)			
<b>Percepción de Falta de Apoyo Para el Cuidado Personal</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	35	39,8	53	60,2	32	36,4	56	63,6
No	17	9,1	169	90,9	17	9,1	169	90,9
$\chi^2 (p)$	<b>36,456 (&lt;0,001)</b>				<b>30,149 (&lt;0,001)</b>			

\* Depresión  $\geq 6$  puntos; \*\* Depresión  $\geq 2$  puntos

Fuente: Base de datos

Elaborado por: El autor

La depresión mostró una asociación significativa con el hecho de vivir con el esposo(a) tanto por la escala de 15 ítems ( $\chi^2=4,224$ ;  $p=0,040$ ) como por la de 5 ítems ( $\chi^2=4,823$ ;  $p=0,028$ ); donde los adultos mayores que viven con sus esposos(as) presentaron una menor frecuencia de depresión (14,7% y 13,5% respectivamente) comparado con aquellos que no viven con ellos (24,6% y 23,7% respectivamente). Además, ambas escalas tuvieron una asociación con la percepción de falta de apoyo para el cuidado, evidenciando una significativa mayor frecuencia de depresión en los adultos mayores que reportaron aquella percepción ( $\chi^2=36,456$ ;  $p<0,001$  para la escala de 15 ítems y  $\chi^2=30,149$ ;  $p<0,001$  para la escala de 5 ítems).

**Tabla No. 8**

**Concordancia en la escala de depresión de Yesavage de 15 y 5 ítems en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha. Cuenca 2017.**

<u>DEPRESIÓN 15 ÍTEMS</u>						
DEPRESIÓN 5 ÍTEMS	Si		No		Concordancia por kappa de Cohen	p
	N	%	N	%		
Si	47	17,2	2	0,7	0,915	<0,001
No	5	1,8	220	80,3		

**Depresión 15 ítems  $\geq$  6 puntos; Depresión 5 ítems  $\geq$  2 puntos**  
**Fuente: Base de datos**  
**Elaborado por: El autor**

El 17,2% de los adultos mayores se clasificaron por ambas escalas como depresión (verdadero positivo); el 0,7% fue diagnosticado con depresión por la escala de 5 ítems y según la escala de 15 ítems no presentaba (falso positivo); el 1,8% no presentó depresión por la escala de 5 ítems cuando la escala de 15 ítems determinó que si tenían depresión (falsos negativos); y 80,3% fue diagnosticado como ausencia de depresión por ambas escalas (verdaderos negativos). Se encontró una concordancia significativa entre el diagnóstico de depresión según la escala de Yesavage de 5 ítems con la de 15 ítems ( $k=0,915$ ;  $p<0,001$ ). La escala de 5 ítems mostró una sensibilidad de 90,3% y especificidad

de 99,0% para diagnosticar depresión. El valor predictivo positivo fue de 95,9%; valor predictivo negativo fue 97,7%; índice de Youden 0,893 (IC95%: 0,875-0,910). La razón de verosimilitud positiva fue 93 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,097.

**Tabla No. 9**

**Concordancia en la escala de depresión de Yesavage de 15 y 5 ítems en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha según sexo femenino. Cuenca, 2017.**

DEPRESIÓN 15 ÍTEMS						Concordancia por kappa de Cohen	<i>p</i>
FEMENINO	Si		No		Total		
DEPRESIÓN 5 ÍTEMS	n	%	N	%	n	0,929	<0,001
Si	33	18,6	1	0,6	34		
No	3	1,7	140	79,1	143		
Total	36	20,3	141	79,7	177		

Depresión 15 ítems  $\geq$  6 puntos; Depresión 5 ítems  $\geq$  2 puntos

Fuente: Base de datos

Elaborado por: El autor

Se encontró una concordancia significativa entre las escalas de depresión de Yesavage de 5 y 15 ítems en el sexo femenino ( $k=0,929$ ;  $p<0,001$ ). La escala de 5 ítems mostró una sensibilidad de 91,6% y especificidad de 99,2% para diagnosticar depresión; el valor predictivo positivo fue de 97,0%; valor predictivo negativo fue 97,9%; índice de Youden 0,908 (IC95%: 0,890-0,925). La razón de verosimilitud positiva fue 114,5 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,084.

Tabla No. 10

**Concordancia en la escala de depresión de Yesavage de 15 y 5 ítems en los adultos mayores de la parroquia Totoracocha según sexo masculino. Cuenca, 2017.**

DEPRESIÓN 15 ÍTEMS						Concordancia por kappa de Cohen	<i>p</i>
<u>MASCULINO</u>	SI		NO		Total		
DEPRESIÓN 5 ÍTEMS	n	%	N	%	n	0,885	<0,001
Si	14	14,4	1	1,0	15		
No	2	2,1	80	82,5	82		
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16,5</b>	<b>81</b>	<b>83,5</b>	<b>97</b>		

**Depresión 15 ítems  $\geq$  6 puntos; Depresión 5 ítems  $\geq$  2 puntos**

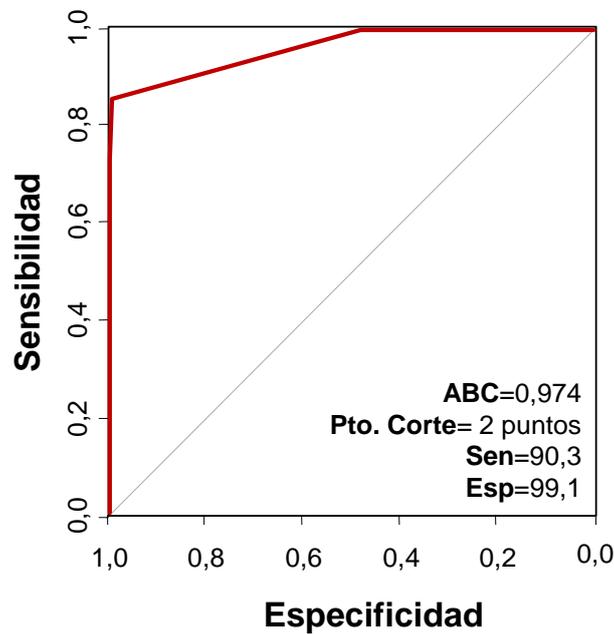
**Fuente: Base de datos**

**Elaborado por: El autor**

Se encontró una concordancia significativa entre las escalas de depresión de Yesavage de 5 y 15 ítems en el sexo masculino ( $k=0,885$ ;  $p<0,001$ ). La prueba de cinco preguntas tuvo una sensibilidad de 87,5% y especificidad de 98,7%; valor predictivo positivo 93,3%; valor predictivo negativo fue 97,5%; índice de Youden 0,862 (IC95%: 0,844-0,879). La razón de verosimilitud positiva fue 67,3 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,126.

Figura No. 1

Curva COR para determinar depresión según Escala de 5 ítems.



Puntaje Escala 5 ítems	Sensibilidad	Especificidad
0 puntos	100%	0%
1 punto	100%	67,3%
2 puntos	90,3	99,1%
3 puntos	78,8	100,0%
4 puntos	48,1	100,0%
5 puntos	9,6	100,0%

Al evaluar la escala de 5 ítems para determinar la depresión según la escala de 15 ítems, mediante la construcción de una curva ROC, se obtuvo un área bajo la curva (ABC) de 0,974; siendo el punto de corte más óptimo para detectar la depresión de  $\geq 2$  puntos según la escala de 5 ítems, con una sensibilidad del 90,3% y una especificidad del 99,1%.



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

La prevalencia de Depresión en Adultos Mayores residentes en la parroquia Totoracocha de la ciudad de Cuenca, de 65 años o más, se enmarca dentro de la estadística nacional y regional,(10–12,23,29) obteniéndose para nuestra población una prevalencia de depresión por la escala de 15 ítems de 19,0%, y de 17,9% por la escala de 5 ítems. Cabe señalar que a nivel nacional se reporta una variabilidad entre el 11,9 y el 54 %(3) debido a que el citado estudio consideró poblaciones distintas en cuanto a condiciones socioeconómicas, culturales, y geográficas diversas de nuestro país, no obstante ambas investigaciones comparten cifras de prevalencia significativas que sugieren la necesidad de implementar programas de tamizaje, ya sea universal o selectivo y abordaje integral de esta patología, más aun con la evidencia de que la depresión del adulto mayor se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, polifarmacia, menor actividad física y peor autoestima(29), así como acentuación de sus comorbilidades y complicaciones derivadas de las mismas,(21) además de pérdida de autonomía y diagnóstico precipitado de demencia(18,30)

Dentro de los factores asociados a la presencia o ausencia de esta patología, la depresión mostró en nuestra investigación una asociación significativa con el hecho de vivir con el esposo(a) tanto por la escala de 15 ítems ( $\chi^2=4,224$ ;  $p=0,040$ ) como por la de 5 ítems ( $\chi^2=4,823$ ;  $p=0,028$ ), evidenciando que los adultos mayores que viven con su pareja presentan menos depresión que aquellos que no viven con la pareja, coincidiendo con reportes de la literatura que señalan al entorno afectivo como un factor protector importante, más aún cuando este se refiere al estado civil y específicamente a la convivencia.(29,31)

En diversas investigaciones de validación de series abreviadas para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, también se han contrastado los instrumentos con una pregunta única dirigida al sentir afectivo del paciente geriátrico, encontrándose una asociación significativa con los resultados de las escalas evaluadas,(32,33) así como en nuestro estudio planteamos al adulto mayor en el Anexo 3, la interrogante sobre la percepción de falta de apoyo para

el cuidado personal, encontrándose que ambas escalas tuvieron una asociación con esta pregunta ( $\chi^2=36,456$ ;  $p<0,001$  para la escala de 15 ítems y  $\chi^2=30,149$ ;  $p<0,001$  para la escala de 5 ítems), evidenciando una significativa mayor frecuencia de depresión en los adultos mayores que reportaron aquella percepción.

El rendimiento de la Escala de 5 ítems en nuestro estudio, en cuanto a sensibilidad (90,3), especificidad (99,0), valor predictivo positivo (95,9), valor predictivo negativo (97,7), razón de verosimilitud positiva (93) y negativa (0,097), concordancia significativa entre el diagnóstico de depresión según la escala de Yesavage de 5 ítems con la de 15 ítems ( $k=0,915$ ;  $p<0,001$ ) e índice de Youden 0,893 (IC95%: 0,875-0,910), se enmarca dentro de los reportados en series internacionales para ambos sexos,(24,33–36) demostrándose su utilidad a la hora de considerarla como instrumento de tamizaje, pues para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se requiere de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva en atención primaria.(24)

En virtud de las consecuencias de esta patología cuando no es diagnosticada y tratada oportunamente, es que contrastamos ambas escalas, para contar con un instrumento ágil y efectivo en el contexto de nuestra Atención Primaria de Salud.

Nuestros resultados así como los ya señalados de las diversas latitudes donde se ha replicado la validez de la versión de cinco preguntas, demuestran que este instrumento posee un de alto rendimiento en el cribado de depresión geriátrica, además de bajo costo y ágil aplicación en el control médico rutinario del adulto mayor y teniendo en cuenta específicamente que para implementar un programa de tamizaje se requiere de métodos de pesquisa con elevada sensibilidad; la disponibilidad de pruebas de confirmación diagnóstica con elevada especificidad; costos asociados aceptables; intervenciones efectivas de tratamiento; intervenciones efectivas de rehabilitación y conocimiento del pronóstico e historia natural de la enfermedad en caso de intervenir o no, podemos determinar que en nuestra población de estudio, la presente investigación constituye evidencia científica para considerar la implementación



UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

de un programa de tamizaje, que con futuras investigaciones que abarquen la diversidad de nuestro territorio, puede ser ampliado a nivel nacional.

## CAPÍTULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 CONCLUSIONES

Los Resultados de este estudio, aportaron información epidemiológica e identificaron la concordancia de la Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems con la versión frecuentemente utilizada de 15 preguntas, lo cual permitió conocer el rendimiento de la versión abreviada en nuestra población, concluyéndose que el nivel de concordancia entre ambas escalas es excelente, de acuerdo a los rangos definidos para el índice de Kappa y por lo tanto permiten la utilización de la Escala de Yesavage de 5 ítems con alta sensibilidad y especificidad para el tamizaje de Depresión Geriátrica en ambos sexos en la atención primaria de salud y con el mismo punto de corte previamente establecido, de acuerdo a la curva ROC obtenida en nuestro estudio, lo cual permitiría identificar los casos necesarios de una atención que incorpore a todo el equipo de salud, para complementar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento oportunamente.

#### 7.2 RECOMENDACIONES

Continuar con investigaciones en la misma línea que sumen evidencia y consistencia a la utilidad de la Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage de 5 Ítems a nivel nacional para implementarla eventualmente como medio de tamizaje universal o selectivo de Depresión en el Adulto Mayor en consideración de la significativa prevalencia de esta patología.

En ese propósito los resultados de la Encuesta SABE, pueden ser útiles para realizar estudios de concordancia entre ambas escalas, discriminando su rendimiento por cada localidad evaluada, así como para obtener resultados de fiabilidad y validez.

Recalamos que en todo instrumento de tamizaje, un resultado positivo no hace el diagnóstico definitivo y debe ser complementado con una evaluación clínica integral y multidisciplinario.

Finalmente, en función de nuestros resultados y considerando la alta prevalencia de esta patología, sugerimos la implementación de el cribado de Depresión



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

---

Geriátrica, estableciéndose un programa para los pacientes pesquisados, integrando los recursos humanos de nuestros Centros de Salud, para confirmar el diagnóstico y cumplir con el mandato constitucional para este grupo prioritario.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Censos IN de E y. Proyecciones Poblacionales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 24 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
2. A.\_Constitucion\_republica\_ecuador\_2008constitucion.pdf [Internet]. [citado 24 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal\\_a/base\\_legal/A.\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf)
3. ECUADOR - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 - Información general [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>
4. Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N Engl J Med.* 27 de marzo de 2014;370(13):1180-2.
5. Pimienta L, Berriel N, González M, Blanco V. Depresión en el adulto mayor. 2014 [citado 22 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/7358>
6. Abizanda Soler P, Paterna Mellinas G, Martínez Sánchez E, López Jiménez E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol Ed Impr.* 2010;219-28.
7. David C, Paola M, Silva M, Milena N. Escala de depresión geriátrica de Yesavage : análisis de versiones cortas con datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) para Bogotá. 14 de junio de 2017 [citado 25 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/21281>
8. Arango Lopez C, American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 2014.



9. Censos IN de E y. Base de Datos-Censo de Población y Vivienda 2010 – a nivel de manzana [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda-2010-a-nivel-de-manzana/>
10. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K, Meuleman B. Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. Soc Sci Res. 2010;39(3):396-404.
11. Torres P, Rosario N del. Factores asociados a depresión en adultos mayores, Distrito 01D01- Salud, Cuenca, 2014. 2015 [citado 25 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21281>
12. Flores P, Catalina A, Miranda P, Yadira E. Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca 2013. 2014 [citado 25 de octubre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20219>
13. Molina JC, Mogrovejo JF, Morocho I, Orellana A, Delgado N. Prevalencia de Depresión, Diabetes e Hipertensión Arterial en Pacientes Geriátricos. Rev Médica HJCA. 13 de febrero de 2017;5(2):145-9.
14. OMS | Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/)
15. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
16. OMS | La salud mental y los adultos mayores [Internet]. WHO. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>



17. Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev Bras Fisioter Sao Carlos Sao Paulo Braz.* agosto de 2012;16(4):295-300.
18. Hasler G. Pathophysiology of depression: Do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 1 de octubre de 2010;9:155-61.
19. Altered Cerebellar-Cerebral Functional Connectivity in Geriatric Depression [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020035>
20. Kano O, Ikeda K, Cridebring D, Takazawa T, Yoshii Y, Iwasaki Y. Neurobiology of Depression and Anxiety in Parkinson's Disease [Internet]. *Parkinson's Disease.* 2011 [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/pd/2011/143547/>
21. Santos KT. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. 2012.
22. Matias AGC, Fonseca M de A, Gomes M de L de F, Matos MAA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein São Paulo* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 25 de octubre de 2017]; Disponible en: <https://www.scienceopen.com/document?id=96fcc858-bf7d-41ee-a8fd-a05126e0c628>
23. Maluquer MS, Feliu AF, Matos YR, Pérez FF, Farreras SR. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen Rev Esp Med Fam.* 2013;(7):354-60.
24. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol* [Internet]. 2011 [citado 25 de octubre de 2017];10(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=64722377008>



25. Conradsson M, Rosendahl E, Littbrand H, Gustafson Y, Olofsson B, Lövheim H. Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging Ment Health*. 2013;17(5):638-45.
26. Weeks SK, McGann PE, Michaels TK, Penninx BWJH. Comparing Various Short-Form Geriatric Depression Scales Leads to the GDS-5/15. *J Nurs Scholarsh*. junio de 2003;35(2):133-7.
27. A study on the validity of different short versions of the geriatric depression scale - Download PDF [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://geoscience.net/research/010/102/010102403.php>
28. Herramientas de cálculos [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
29. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN - Med Fam*. :354-60.
30. Ortiz Segarra J, Álvarez Serrano M, Soliz Rivero G, Freire Argudo U, Tenemaza Alvarracín D. Limitación Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Zona 6 de Salud en Ecuador. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga*. 20 de julio de 2016;8(2):179-86.
31. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Pública*. abril de 2015;17(2):184-94.
32. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev Fac Med*. 25 de agosto de 2015;63(3):471-82.
33. Hoyl M T, Valenzuela A E, L M, Paulo P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la



- versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Médica Chile. noviembre de 2000;128(11):1199-204.
34. De la Torre Maslucan J, Shimabukuro Maeki R, Varela Pinedo L, Krüger Malpartida H, Huayanay Falconí L, Cieza Zevallos J, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta Médica Peru. septiembre de 2006;23(3):144-7.
35. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. J Am Geriatr Soc. mayo de 2003;51(5):694-8.
36. Depression as a correlate of functional status of community-dwelling older adults: Utilizing a short-version of 5-item Geriatric Depression Scale as a screening tool - ProQuest [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/cc776a51cd83f3aa4c5e2fa84cdd6f57/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28850>

## 9. ANEXOS

## ANEXO 1: Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio, calculado en años cumplidos y referido sólo al adulto mayor.	Adulto mayor joven Adulto mayor Adulto mayor anciano	-Número de años cumplidos	1=65- 74 2=75- 84 3=> 85
<b>Sexo</b>	Condición orgánica determinada por la configuración genética que distingue al hombre de la mujer.	Hombre Mujer	-Caracteres sexuales secundarios manifestados fenotípicamente  -Cédula de identidad	1=Hombre 2=Mujer
<b>Estado civil</b>	Situación del adulto mayor determinada jurídicamente por la presencia, ausencia y/o tipo de relación de pareja.	Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión Libre	-Cédula de Identidad  -Testimonio	1=Soltero 2=Casado 3=Viudo 4=Divorciado 5=Separado 6=U. Libre
<b>Ocupación</b>	Actividad actual que desempeña de manera frecuente vinculada o no al sustento económico	Vinculado o no al sustento	-Testimonio	1=Ninguno 2=Quehaceres Domésticos 3=Comerciante 4=Otros

<p><b>Núcleo familiar</b></p>	<p>Relación de convivencia del adulto mayor con otras personas que cohabitan el mismo domicilio</p>	<p>Vive solo</p> <p>Número de personas que conviven con el A.M.</p> <p>Parentesco entre convivientes</p>	<p>-Testimonio</p>	<p>1= Ninguno</p> <p>2= 1 persona</p> <p>3= 2 personas</p> <p>4=3 personas</p> <p>5= 4 o más</p>
<p><b>Percepción de falta de apoyo para el cuidado personal</b></p>	<p>Percepción por parte del adulto mayor sobre el apoyo para su cuidado personal</p>	<p>Con falta de apoyo</p> <p>Sin falta de apoyo</p>	<p>-Testimonio</p>	<p>1=Si</p> <p>2=No</p>
<p><b>Depresión Geriátrica</b></p>	<p>Trastorno del estado de animo</p>	<p>Con depresión</p> <p>Sin depresión</p>	<p>Escala de Depresión Geriátrica</p> <p>-GDS15 (Puntuación mayor o igual a 5 puntos)</p> <p>-GDS5 (Puntuación mayor o igual a 2 puntos)</p>	<p>1=Con depresión</p> <p>2=Sin depresión</p>



**ANEXO 2: Consentimiento Informado.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: DD\_\_\_\_MM\_\_\_\_AA\_\_\_\_

Como parte de un trabajo de investigación de LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE MEDICINA, estamos aplicando un cuestionario cuyo objetivo es comparar dos escalas diagnósticas de depresión geriátrica en la Parroquia Totoracocha del cantón Cuenca.

Este estudio requiere la valiosa participación de 274 adultos mayores que acuden al Centro de Salud UNE, durante los meses de Febrero y Marzo del año 2017. Si acepta participar en nuestra investigación, deberá responder un cuestionario consistente en la escala de depresión geriátrica de 15 ítems que abarca la versión abreviada de 5 ítems, procedimiento que no implica ningún tipo de riesgo para su integridad. Los beneficios que se obtendrán de la presente investigación permitirán obtener información para comparar las dos escalas y determinar ventajas y desventajas de estas herramientas para el diagnóstico temprano de depresión del adulto mayor.

Su participación es completamente voluntaria, no tiene costo para usted ni compensación económica alguna. Puede retirarse de la presente investigación en cualquier etapa de la misma. La información será utilizada exclusivamente para el estudio mencionado y sólo durante el desarrollo del mismo, manteniendo la absoluta confidencialidad de los participantes.

Yo....., con número de cédula....., he recibido y comprendido toda la información que consta en el presente consentimiento, complementada con respuestas a eventuales dudas planteadas por el suscrito. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria, sin costo ni compensación y que toda la información que proporcione será confidencial, pudiendo ser utilizada sólo por quienes desarrollan este estudio. Tengo derecho a negar mi participación y/o retirarme del mismo en el momento que considere oportuno.

Además, ante cualquier otra pregunta puedo comunicarme con el estudiante a cargo de la investigación, Sr. Luis Alfonso Muñoz Figueroa al teléfono: 0999281340.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento para la recolección de datos y la aplicación de los instrumentos descritos, entendiendo que con mi firma en este documento acepto voluntariamente formar parte de esta investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_



**ANEXO 3:**

**Formulario de recolección de datos demográficos y psicosociales**

Código Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de recolección: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo: Hombre  Mujer

Estado civil:

Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unión Libre

¿Cuál es su ocupación principal? \_\_\_\_\_

¿Vive sólo? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si su respuesta es No:

Número de persona(s) con quien(es) vive: \_\_\_\_\_

Esposo(a)  Hijo(a)  Familiar  Otro

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Siente falta de apoyo (familiar, social, institucional) para su cuidado personal?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

**ANEXO 4: Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés) – TEST DE YESAVAGE**

**Código Participante**

Ambas versiones funcionan valorando cada ítem como 0 ó 1. En las escalas de 5 y 15 ítems, las respuestas que puntúan para depresión son afirmativas en los ítems: 1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15 y negativas en los ítems 3, 5, 6, 9 y 12.

- **GDS 15:** El punto de corte para la versión de 15 preguntas es mayor o igual a 6 puntos.

- **GDS 5:** El punto de corte para la versión de 5 preguntas es mayor o igual a 2 puntos

1- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
2- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
3- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia desamparado/a, desprotegido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
6- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
7- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
8- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
9- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
10- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
11- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
12- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
13- ¿Actualmente se siente inútil?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
Puntuación Total GDS – 15		
Puntuación Total GDS – 5		