



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
Facultad de Ciencias Médicas  
Centro de Posgrados  
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.  
REVISION SISTEMATICA**

**Trabajo de titulación previo  
a la obtención del título de  
Especialista en Medicina  
Familiar y Comunitaria.**

**Autor:** Md. Karen Estefanía Sánchez Terán  
CI: 0105738496  
Correo electrónico: karenjuaquina@gmail.com

**Director:** Dr. Marco Vinicio Segarra Escandón.  
CI: 0301654224

Cuenca – Ecuador  
**16-02-2022**



## RESUMEN

**Antecedentes:** la depresión en los adultos mayores se presenta como una importante causa de morbilidad y mortalidad, teniendo una prevalencia considerable a nivel mundial y una asociación relevante con el grado de funcionalidad familiar.

**Objetivos:** describir la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor.

**Métodos:** estudio observacional, revisión sistemática, se utilizó el método Check List PRISMA para escoger las publicaciones que cumplan con los criterios de selección, en el que se utilizaron los motores de búsqueda como Pubmed, Scopus, Latindex, Scielo e Hindawi tomando en cuenta artículos entre los últimos 5 años con cuartiles uno a cuatro, utilizando la estrategia PICO.

**Resultados:** se consideraron 14 publicaciones, las cuales a nivel general indicaron en promedio una frecuencia de depresión de 34,2% y de 29,1% para familias disfuncionales. En relación con la funcionalidad familiar, la mayoría de los autores expusieron que el apoyo familiar es un elemento que puede ser protector o incidente de la depresión. Para la funcionalidad familiar y reducir riesgo de depresión es importante la conservación de una familia unida, apoyo y buena comunicación.

**Conclusiones:** los documentos seleccionados detallan una elevada frecuencia de depresión, la cual se vincula al nivel de apoyo familiar recibido y bienestar tanto mental como emocional del adulto mayor.

**Limitaciones:** variabilidad en la metodología de los estudios, muchos estudios no reportaron la funcionalidad familiar como parte de la evaluación del adulto mayor

**Palabras claves:** Funcionalidad. Depresión. Adulto mayor. Familia. Autocuidado.



## ABSTRACT

**Background:** Depression in the elderly is presented as an important cause of morbidity and mortality, having a considerable prevalence worldwide and a relevant association with the degree of family functionality.

**Objectives:** To describe the relationship between family functionality and depression in the elderly.

**Methods:** Observational study, systematic review, the Check List PRISMA method was used to choose the publications that meet the selection criteria, in which search engines such as Pubmed, Scopus, Latindex, Scielo and Hindawi were used, taking into account articles between the last 5 years with quartiles one to four, using the PICO strategy.

**Results:** 14 publications were considered, which at a general level indicated an average frequency of depression of 34.2% and 29.1% for dysfunctional families. In relation to family functionality, most of the authors stated that family support is an element that can be protective or incident to depression. For family functionality and reducing the risk of depression, it is important to maintain a united family, support and good communication.

**Conclusions:** The selected documents detail a high frequency of depression, which is linked to the level of family support received and both mental and emotional well-being of the elderly.

**Limitations:** Variability in the methodology of the studies, many studies did not report family functionality as part of the evaluation of the elderly

**Keywords:** Functionality. Depression. Elderly. Family. Self-care.



INDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	13
3. OBJETIVOS.....	16
4. METODOLOGÍA .....	16
4.11Riesgo de sesgo en los estudios individuales .....	19
4.12 Medidas de resumen .....	20
4.13 Síntesis de resultados.....	20
4.13 Riesgo de sesgo entre los estudios.....	20
5. RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN .....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
9. ANEXOS .....	48
9.1 Datos de los artículos seleccionados en la presente revisión.....	49
9.2 Valoración de calidad metodológica de los artículos seleccionados.....	50
9.3cronograma.....	51
9.4Recursos humanos.....	52
9.5Presupuesto.....	53



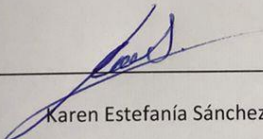
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Karen Estefanía Sánchez Terán en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", 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, 16 de febrero del 2022.

  
Karen Estefanía Sánchez Terán

C.I: 0105738496

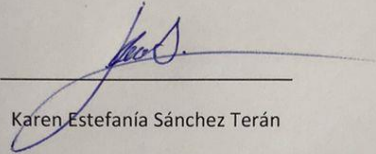


### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Karen Estefanía Sánchez Terán, autora del trabajo de titulación "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de febrero del 2022.



---

Karen Estefanía Sánchez Terán

C.I: 0105738496



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a mis tutores de revisión ha sido un camino muy largo y dentro de este trabajo han intervenido grandes profesionales y amigos Dr. Marco Segarra, Dr. Jaime Morales, Dra. Mirian Lucio, que han puesto su conocimiento y trabajo en este proyecto.



## DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mi familia. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis familia y amigos, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, que con su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir, quienes depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mí.





## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión en el anciano es causa de preocupación, pues está vinculada al incremento de la mortalidad y morbilidad, así como el deterioro de condiciones mórbidas ya existentes y pérdida de la autonomía, todo esto conduce a un aumento en la utilización de servicios médicos, menor adherencia a tratamientos y negligencia para el autocuidado (1). A pesar de ello, esta situación es habitual en estos individuos, de hecho, diversas investigaciones en todo el mundo han registrado la prevalencia de esta condición tal como se indica en un análisis efectuado en Sur África donde el 40% de las personas en este sector etario sufrió depresión (2), a diferencia de lo que se obtuvo en una zona de Estados Unidos donde esta cifra disminuyó a 17,8% (3).

De igual manera, una revisión bibliográfica destacó la prevalencia en Latinoamérica, para República Dominicana se presentó en un 26,8%, Cuba con un 16,5% y Puerto Rico en un 10,6% (4). Seguidamente, una investigación llevada a cabo por Fernández et al. En la ciudad de João Pessoa, Paraíba (Brasil) en 2010 con adultos mayores obtuvo una prevalencia del 52% para la depresión (5), también, en otro informe hecho en el mismo país por Sousa et al, en Jequié, Bahía en 2013 consiguió que la prevalencia para esta condición fue más elevada, siendo de 88,8% (6), en el Ecuador se registró en una investigación realizada por Mason en 2020 donde la prevalencia de la depresión alcanzó un 25,8% (7).

El diagnóstico y tratamiento de la depresión en este grupo etario posee una considerable complejidad puesto que la sintomatología es subestimada llegándose a confundir con indicios de otras enfermedades que pueden empeorar el cuadro, de igual manera el núcleo familiar se presenta como el eje principal para la salud, ya que tiene un rol fundamental en la atención de sus integrantes, especialmente para el adulto mayor con depresión, entonces, ante estas adversidades, la persona debe reestructurar su ritmo de vida porque involucra apoyo económico, monitoreo, ser escuchado y compromiso diario, incluso, se ha evidenciado que las emociones de estos pacientes pueden



extrapolarse hacia el resto de los parientes con quienes convive, generando una suerte de comorbilidad familiar (8).

Por su parte, el entorno familiar está lleno de relaciones afectivas y los atributos de estas interacciones se verán en la atención proporcionada a los integrantes, en el caso del anciano, en pro de optimizar su calidad de vida es necesario que haya cuidado, cariño y respeto en este círculo, estos elementos adicionados al afecto, comprensión y ayuda mutua son esenciales para su calidad de vida (9,10).

En lo que respecta a la funcionalidad familiar, está comprendida por un ambiente de armonía y equilibrio entre las interacciones de los miembros que la conforman, es decir, cómo ellos conviven entre sí y con otras personas entonces lo que repercute en un integrante también puede hacerlo en los demás (10). A partir de este punto de vista, las familias pueden ser funcionales o disfuncionales, la primera comprende los integrantes que reaccionan con estabilidad emocional ante el conflicto y/o la crítica, donde cada persona tiene la cualidad de convivir en paz sin comprometer su independencia, pero con cierto compromiso para sus parientes. Además, en estos escenarios predomina los lazos de afecto y responsabilidad, este tipo de familia suele ser flexible pero firme y todas las interacciones se fundamentan en el respeto, el conocimiento y la comprensión, en general, poseen un rol clave en la atención hacia las personas mayores (11).

Bajo estas consideraciones los inconvenientes asociados al envejecimiento van de la mano con el tipo de familia a la que pertenezca el individuo, si esta es disfuncional se hace muy difícil que disfrute de las atenciones requeridas y especialmente, cuando se refiere a depresión esta clase de familia no es capaz de proporcionar el cuidado necesario, lo cual se refleja en el empeoramiento del cuadro clínico (6).

Por lo antes descrito, nace la necesidad de conocer cuál es la perspectiva actual con relación a la funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión.



## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en el adulto mayor cambia dependiendo de la región en la que se estudia, tal como se ha documentado a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expuesto que la tasa de depresión en este grupo etario varía dependiendo de la situación cultural en la cual se evalúe entre el 10 y 20% (12), sin embargo, existen zonas en las que se ha reportado una mayor afectación, tal como en la India donde se expuso que esta ascendió en los mayores de 65 años hasta un 34,4% (13), mientras que en un análisis realizado en Argentina fue de 35,8% (14).

En referencia a Ecuador se han realizado estudios en los cuales se expresa de igual manera una variación, tal como lo detallado en Guayaquil que fue del 28% (15), mientras que en un análisis en Cuenca se evidenció que estas cifras fueron del 21,2%, siendo el primero realizado en un centro de estadía de ancianos y el segundo en población no institucionalizada (16), mientras que una investigación realizada en Quito en mujeres adultas mayores dispuso una prevalencia entre el 22,5 y 45% (17).

De la mano de la depresión se han ubicado diferentes factores asociados y uno de estos es la sensación de soledad la cual se documenta con frecuencia, adicionalmente ha sido involucrado el papel que posee la familia dentro de este contexto, sin embargo, es importante destacar que no siempre se documenta la funcionalidad familiar, sino que se evidencia como soporte familiar, tal como lo registraron en un análisis en China en donde la depresión en los adultos mayores se observó que la prevalencia fue de 10,5% y se relacionó a diferentes elementos entre los cuales se encontró el bajo soporte familiar  $p < 0,001$  (18), mientras que en un reporte hecho en Brasil se expuso que el tener contactos con los familiares de forma continua fue un factor protector para la depresión (19).

La hipótesis en esta investigación de revisión bibliográfica es que la disfuncionalidad familiar se encuentra asociada a la depresión en el adulto mayor, esta se respalda con un análisis realizado en Brasil en donde la depresión



se encontró ligada de forma estadísticamente significativa con la disfuncionalidad familiar (20).

Ante esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Se encuentra relacionada la funcionalidad familiar con la prevalencia de la depresión en los adultos mayores en distintas regiones de América, Europa y Asia?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación de tipo revisión sistemática se justifica debido a que en la actualidad no se cuenta con un análisis sistemático de estudios en adultos mayores que hayan reportado, así como cuál es la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en este grupo etario, por lo tanto es indispensable que este trabajo cuente con una metodología apropiada con calidad científica comprobada, con el fin de que posteriormente pueda convertirse en una obra académica que se pueda revisar para poder tener un panorama más claro en referencia a esta problemática.

Así mismo, en lo que respecta al impacto social que esta investigación puede tener se encuentra el hecho de que podrá ser revisada por el personal de salud con la finalidad de que se tenga un material actualizado que permita tener el conocimiento acorde a un abordaje integral tanto del adulto mayor como del conjunto familiar, por lo cual los principales beneficiarios en primer lugar serán estos ya que podrán recibir una atención enfocada en su bienestar y podrán tener respuesta de manera científica, pues se deben tomar en cuenta en su tratamiento no solo a estos como pacientes sino a su entorno familiar, considerándolos como un todo.

El estudio de la salud mental se encuentra dentro de las prioridades de investigación del MSP en Ecuador, encontrándose en el área la de salud mental y trastornos del comportamiento, en la sublínea de depresión y distimia, así como



en la sublínea de grupos vulnerables en donde se encuentran los adultos mayores, mientras que en las de la facultad de medicina se localiza en las líneas de salud mental y grupos vulnerables, contribuyendo de forma directa con la investigación en el país, la misma será difundida a través del repositorio de la Universidad de Cuenca.

## **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 DEPRESION CONCEPTO.**

La depresión es una condición considerada como problema de salud pública y de manera progresiva, de hecho, para 2015 se calculó que los trastornos depresivos se posicionaban como la tercera causa fundamental de discapacidad a nivel mundial (21), en el caso de Estados Unidos se estima un riesgo de por vida asociado a un evento depresivo mayor que alcanza hasta el 30% (22).

Según el DSM V define la depresión como “El individuo debe estar experimentando cinco o más síntomas durante el mismo período de 2 semanas y al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer, estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, interés o placer notablemente disminuidos en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida de peso significativa cuando no está a dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días, una desaceleración del pensamiento y una reducción del movimiento físico (observable por otros, no meramente sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración), entre otros” (23).

Para recibir un diagnóstico de depresión, estos síntomas deben causar al individuo una angustia clínicamente significativa o un deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento. La sintomatología tampoco debe ser el resultado de abuso de sustancias u otra condición médica (23).

### **2.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR**



Se muestra a través de un sistema de intercambio en las interacciones interfamiliares, sobretodo mediante las conexiones de tipo emocional entre los integrantes, el nivel de autonomía que un pariente vive en la familia o cohesión, “Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo (flexibilidad)” (Wilde, 2018).

Una familia representa una unión esencial para elevar el estado de salud de las poblaciones, a efectos de este trabajo para el adulto mayor, por lo tanto, la funcionalidad de este círculo requiere ser tratada tomando en cuenta todas las dimensiones como el comportamiento efectivo, capacidad para afrontar adversidades y el crecimiento de los miembros conforme a las necesidades en cada fase de la vida que va desde la infancia hasta la vejez (24). Teniendo presente que una apropiada funcionalidad familiar fomenta tanto el bienestar como el desarrollo psicoemocional, que se refleja cuando las muestras de comunicación y afecto familiar se sustituyen por conductas negativas donde los integrantes eligen invertir su tiempo haciendo uso de aparatos tecnológicos, actitudes conllevan a graves crisis que resultan en disfuncionalidades familiares (25).

### **2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR.**

Estos comportamientos a su vez inciden en el envejecimiento, así como el deterioro físico y mental en las personas, por lo cual en esta fase la familia se posiciona como un pilar de apoyo fundamental directo puesto que se ha evidenciado que los ancianos que no poseen estos respaldos son más proclives a alteraciones cognitivas, depresión y poseen índices más altos de mortalidad. Aunque esta etapa no es una enfermedad como tal, si se traduce en una reducción de la capacidad funcional y la autonomía (26), de hecho, la prevalencia de depresión oscila entre el 1 y el 3% donde los síntomas son más contundentes cuando se da entre el 10 y 50%, por lo tanto, estas cifras muestran la envergadura de esta condición que es tomada en cuenta como un problema de



salud pública que implica la participación tanto del sector de la salud como de la familia (27).

Adicionalmente existen otros factores asociados a la depresión en este grupo etario como lo describieron en un análisis reportado por Cong et al., en donde se encontró que la prevalencia general de síntomas depresivos fue del 10,5%, de los cuales el 10,6% fue en hombres y el 9,8% en mujeres, mientras que los factores de mayor riesgo fueron la falta de compromiso social, el escaso apoyo familiar, las enfermedades crónicas y los trastornos del sueño, mientras que en un estudio realizado por El-Gilany et al., se demostró que la prevalencia global de depresión fue del 44,4%. Residencia urbana, insomnio, ser mujer, factores de vida estresantes, vida conyugal perturbada, ser dependientes y la ausencia de religiosidad fueron los principales agentes independientes predictores de depresión entre personas mayores (28).

## 2.4 ESTADO DEL ARTE

Según la OMS la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

En China la prevalencia de síntomas depresivos entre los cuidadores fue del 37,7%. Los niveles más altos de apoyo social se asociaron negativamente con síntomas depresivos más bajos. Esta relación estuvo parcialmente mediada por la carga del cuidador, donde niveles más altos de carga del cuidador se asociaron negativamente con síntomas depresivos (8).

Así mismo en el reporte de Amha et al., se describió que la prevalencia de depresión entre los ancianos era del 45,9. Este estudio mostró que ser mujer, edad >75, edad de 70 a 74 años, edad 65–69 años, divorciado, viudo; con enfermedad crónica, así como escaso apoyo social y medio se asociaron significativamente con la depresión (29), mientras que en el estudio de Mirkena



et al., se encontró que la prevalencia de depresión era del 41,8%. El modelo de regresión logística multivariable reveló que el sexo femenino, vivir con hijos y la jubilación se vinculó con la depresión entre los adultos mayores (30).

En Sudáfrica, la prevalencia de síntomas depresivos en entornos rurales es del 18 %.<sup>16</sup> Sin embargo, el Estudio INK publicado recientemente realizado en adultos mayores que viven en un área periurbana de bajos recursos en Sudáfrica informó una prevalencia del 50 % de síntomas depresivos. Esta tasa de prevalencia, es inusualmente alta en comparación con otros hallazgos locales e internacionales y se atribuye a los factores estresantes únicos que enfrentan los ancianos (2).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVOS GENERAL**

Describir la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en el adulto mayor mediante una revisión sistemática.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO:**

- Determinar cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores.
- Exponer el papel de la funcionalidad familiar sobre la depresión en el adulto mayor.
- Describir las principales medidas para mejorar la funcionalidad familiar y disminuir el riesgo de depresión.

### **4. METODOLOGÍA**

**4.1. Diseño metodológico:** Estudio observacional, revisión sistemática.

**4.2 Criterios de elegibilidad:** Se utilizó el método Check List PRISMA para selección de los artículos, en relación con los criterios de selección y estrategia PICO.





Se excluyeron artículos en los cuales existió algún sesgo en: conceptos, cálculo de la muestra, análisis o no se hayan utilizado pruebas correctas. Las revistas que no cumplan Q1, Q2, Q3, Q4. Se incluyeron aquellos estudios ubicados en revistas indexadas con alto impacto científico, cuyo enfoque sea en el adulto mayor (65 años o más), la funcionalidad familiar y depresión. Trabajos originales publicados entre el primero de enero de 2015 y el primero de noviembre de 2020 (de casos y controles, de cohorte, transversales, longitudinales, retrospectivos, prospectivos, descriptivos o analíticos), publicados en español, inglés y portugués. Se incluyeron aquellos documentos que reportaron funcionalidad familiar y depresión a través de escalas debidamente validadas, que sean observacionales y analíticos, tanto prospectivos como retrospectivos, debido a que la forma de evaluar las dos variables principales de estudio han sido heterogéneas.

### **Estrategia PICO:**

**Pregunta de investigación:** ¿Existe relación de la funcionalidad familiar con la depresión en el adulto mayor?

**Paciente o problema:** estudios que incluyan a adultos mayores con depresión y sin depresión en los cuales se haya valorado la funcionalidad familiar.

**Intervención:** método educativo que haya sido aplicado a las familias de adultos mayores y a estos para mejorar la funcionalidad familiar, para determinar si la funcionalidad familiar influye sobre la depresión en este grupo poblacional.

**Control o comparación:** la comparación puede ser realizada en adultos mayores con depresión y en adultos mayores sin depresión, se verificará a través de la determinación de la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que viven con familias funcionales.



**O resultados:** la intervención médica en las familias puede mejorar la funcionalidad de estas y a su vez influir en el estado de ánimo del paciente mejorando su grado de depresión.

**4.3 Fuentes de información:** Las fuentes que se revisaron fueron los siguientes buscadores científicos: Pubmed, Scopus, Latindex, Scielo e Hindawi, los documentos que se incluyeron fueron aquellos que hayan sido publicados entre el primero de enero de 2015 a primero de noviembre de 2020, en español, inglés y portugués.

Las palabras claves que se utilizarán son las siguientes: español (“adulto mayor”, “depresión”, “funcionalidad familiar”, “prevalencia de depresión”, “disfuncionalidad familiar”, “factores de riesgo”, “ancianos”), Ingles( older adult", "depression", "family functionality", "prevalence of depression", "family dysfunction", "risk factors", "elderly), portugués (“Idoso”, “depressão”, “funcionalidade familiar”, “prevalência de depressão”, “disfunção familiar”, “fatores de risco”, “idoso”), asimismo, se utilizó operadores booleanos como AND, OR,NOT, además se utilizaron filtros en la búsqueda de los artículos como el año, diseño del estudio, textos completos.

**4.4. Estrategia de búsqueda:** Los artículos que fueron seleccionado para esta revisión sistemática fueron extraídos la mayoría de la base de datos Pubmed (MEDLINE – PubMed – PICO), para lo cual fueron digitalizadas las palabras claves especificadas en los DeCs (descriptores de la salud) y/o MeSH (Medical Subject Headings) descritos previamente. Los criterios de elegibilidad fueron utilizados consecutivamente para restringir la pesquisa de los artículos, los cuales fueron seleccionados según: años de publicación, resúmenes o textos completos, diseños metodológicos, grupos de estudio específico, idioma y otros filtros adicionales.

**4.5. Gestión de los datos:** Para la gestión de los datos que se incluyeron en la revisión sistemática se utilizó la lista de comprobación PRISMA.



**4.6. Proceso de selección:** Fueron elegidos los artículos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

**4.7. Lista de datos:** Las variables que se revisaron y que constan en las tablas de datos del capítulo de resultados se basaron en los objetivos del estudio incluyendo, prevalencia de depresión, funcionalidad familiar en el adulto mayor y principales medidas para mejorar la funcionalidad familiar y disminuir el riesgo de depresión.

**4.8. Proceso de recopilación y extracción de datos:** Para resumir los hallazgos de los 14 artículos seleccionados se dispuso de una matriz de datos, la cual constó de las siguientes variables: título, autor, lugar de realización del estudio, fecha, tipo de estudio, muestra, media de edad de los pacientes, sexo de los pacientes, funcionalidad familiar, prevalencia de depresión, análisis estadístico utilizado, conclusiones y limitaciones de los estudios. Se aplicó la estrategia PICO. Riesgo de sesgo en los estudios individuales: para esta evaluación se realizó la revisión de los artículos y se aplicó la escala de PEDro la cual consiste en 11 ítems los cuales se verificaron para decir si se ingresó o no el artículo a la revisión. Se excluyen artículos en los cuales exista algún sesgo en conceptos, sesgo en el cálculo de la muestra, sesgo en el análisis o no se hayan utilizado pruebas correctas, las revistas que no cumplan Q1, Q2, Q3, Q4. Se incluyó medidas de resumen: las medidas de resumen que se utilizarán dependerán de los artículos revisados, principalmente serán: Odds ratio (OR), Riesgo relativo (RR) con sus respectivos Intervalos de confianza (IC) al 95%, de igual manera una  $p$  menor de 0,05 será reportada como estadísticamente significativa.

**4.9 Riesgo de sesgo entre los estudios:** podría observarse el sesgo de selección de artículos ya que existen algunos que no son de libre acceso los cuales no podrán ser incluidos.

**4.10 Análisis adicionales:** no se realizarán evaluaciones adicionales.

**4.11 Riesgo de sesgo en los estudios individuales:** para evitar este tipo de sesgo, se analizó individualmente los artículos, tomado aquellos donde el



objetivo general del estudio, la metodología empleada como el tipo de estudio, la población objetivo, las variables estudiadas, y los resultados encontrados se relacionaban con los objetivos de esta investigación, para lo cual se creó una tabla con los criterios de elegibilidad en el programa Excel 2016.

**4.12 Medidas de resumen:** los resultados fueron sintetizados de manera secuencial de acuerdo a los objetivos de la investigación. La información recolectada de los artículos fue presentada por medio de tablas personalizadas, con medidas frecuencia, porcentajes para las variables consideradas cualitativas; los factores de riesgo y la significancia estadística se determinaron con los valores de Odds Ratio (OR), Intervalo Confianza (IC 95%) y valor p.

**4.13 Síntesis de resultados:** recolectados los artículos, se realizó el análisis individual y grupal de los mismos, los cuales luego de la agregación e interpretación se presentaron en tablas según las variables estudiadas.

**4.13 Riesgo de sesgo entre los estudios:** para evitar este sesgo, se consideró un rango  $\geq$  de 6 para determinar la calidad metodológica del artículo, según los valores 1 (Si, a la presencia del indicador) y 0 (No, ante la ausencia del indicador), para ello, se estableció una media del elemento para ambas partes para lo cual se utilizó el software IBM SPSS Statistics 24. Los artículos seleccionados fueron 14 para el análisis de los objetivos planteados (Anexo).

**4.14 Síntesis de resultados:** Una vez finalizado el proceso de recopilación y extracción de la información de acuerdo con todos los procedimientos mencionados anteriormente, los datos depurados serán plasmados en diferentes tablas de datos en orden secuencial a los objetivos.

**4.15 Financiamiento:** Autofinanciamiento por la autora de la investigación.

**4.16 Conflicto de intereses:** ninguno.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Caracterización de artículos científicos

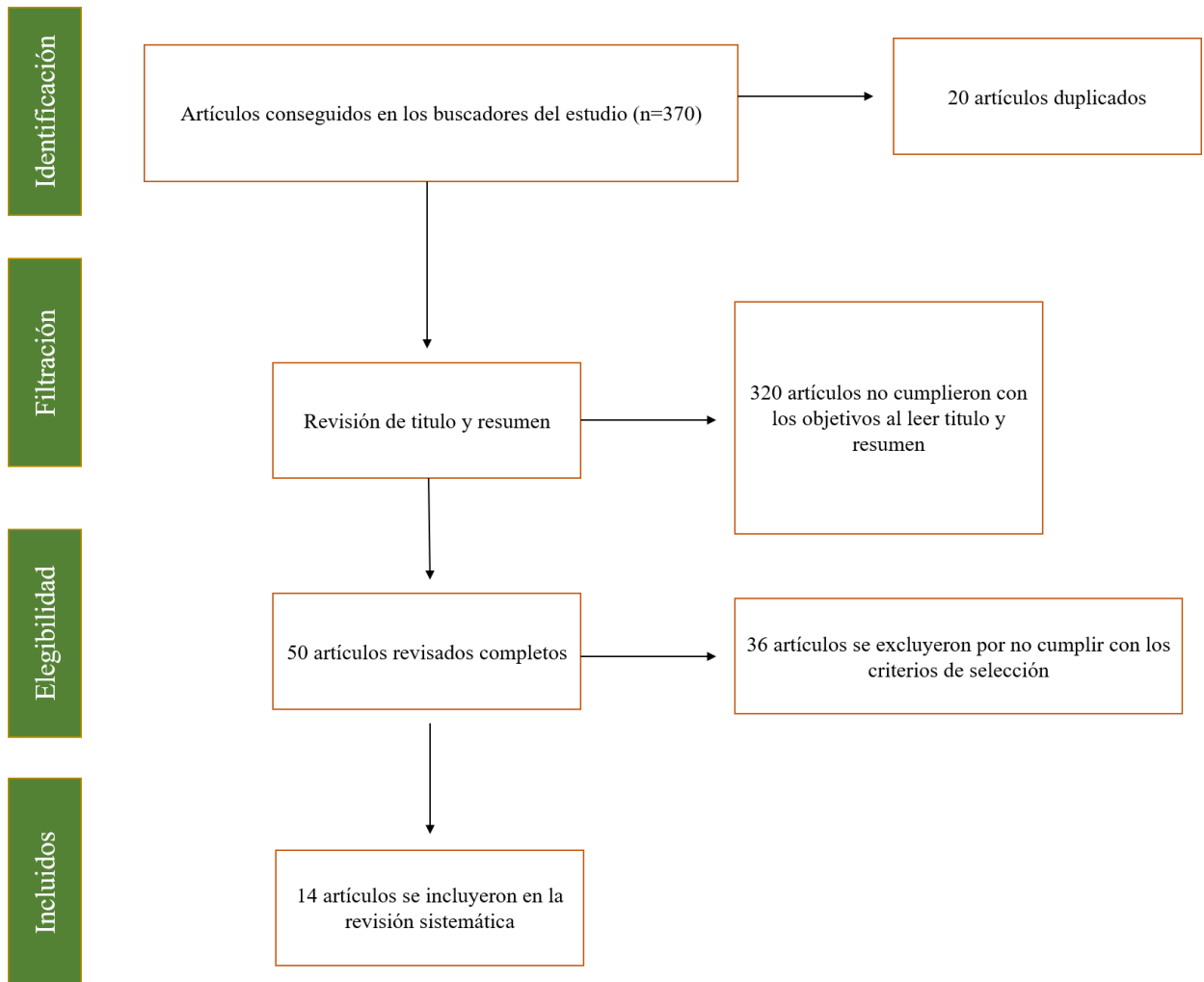


UNIVERSIDAD DE CUENCA

En la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU, se utilizaron los términos PICO: P (adultos mayores con depresión y sin depresión ), I (funcionalidad familiar ), C (adultos mayores), O(mejorar la funcionalidad y tratamiento de depresión ); los resultados que proyectaron fueron 320 artículos, en los cuales se aplicaron los criterios de inclusión, siendo seleccionados 14 artículos, la mayoría de ellos fueron extraídos de Pubmed, en idioma inglés, español y portugués con calidad de información Q1 a Q4 (gráfico 1) (Anexo 9.1, 9.2).



Gráfico 1. Flujo grama de artículos seleccionados





**Tabla 1. Prevalencia de la depresión y comportamiento de la funcionalidad familiar en los adultos mayores según lo reportado en los artículos incluidos en la presente revisión.**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra total</b>	<b>Variable</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Variable</b>	<b>Comportamiento</b>
Saavedra-González et al., (31)	2015	México	Transversal	220 adultos mayores	Depresión	27,7%	Funcionalidad familiar	26 puntos en la escala de Yesavage
De Araujo et al., (32)	2015	Brasil	Transversal	138 adultos mayores	Depresión	69%	Funcionalidad familiar	No se especifica
Hung et al., (33)	2016	Estados Unidos	Transversal	2411 adultos mayores	Depresión	20,4%	Funcionalidad familiar	No se especifican los grados de funcionalidad y soporte familiar
Canjie et al., (34)	2017	China	Transversal	474 adultos mayores	Depresión	27,8%	Funcionalidad familiar	Disfunción moderada: 17,3%. Disfunción severa: 11,6%
Rodríguez et al., (35)	2018	México	Transversal	139 adultos mayores	Depresión	14% depresión leve  6% depresión establecida	Funcionalidad familiar	81% Normofuncional  9% moderadamente funcional  10% generalmente disfuncional
Zou et al., (36)	2018	China	Transversal	411 adultos mayores	Depresión	32,8%	Funcionalidad familiar	15,4% de los pacientes sin depresión tenían una familia disfuncional



									34,0% de los pacientes con depresión tenían una familia disfuncional
									P=0,000
Viteri et al., (37)	2018	Ecuador	Transversal	100 adultos mayores	Depresión	81,2% experimentó autoestima bajo	Funcionalidad familiar	Familia funcional: 14%, Familia disfuncional: 67%, Familia severamente disfuncional: 19%	
Cardona et al., (38)	2018	Colombia	Transversal	1514 personas de 60 años o más	Depresión	Familia funcional: 5,71%, Familia disfuncional: 25,49%	Funcionalidad familiar	Buena: 61,2%, Disfuncionalidad leve: 24,3%, Disfuncionalidad moderada: 8,2%, Disfuncionalidad severa: 6,2%	
Creagh. (39)	2018	Cuba	Transversal	125 familias	Depresión	28,8%	Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad familiar: 72,8%	
Chun kai. (40)	2019	China	Longitudinal	11.511 adultos mayores con más de 60 años	Depresión	No específica	Funcionalidad familiar	Soporte familiar: $\beta = -0,026$	
Barreto et al., (41)	2019	Brasil	Transversal	236 ancianos con diabetes	Depresión	Coficiente: -0,44; $p < 0,001$ IC95% [-0,56 a -0,31]	Funcionalidad familiar	No específica	
Bandeira et al.,(42)	2020	Brasil	Transversal	237 adultos mayores	Depresión	34,6%	Funcionalidad familiar	No específica	





Bincy et al., (43)	2020	India.	Transversal	7.200 adultos mayores	Depresión	67,5%	Funcionalidad familiar	Entre los ancianos depresivos: el 29% no tuvo apoyo familiar
Li et al.,(44)	2020	China	Transversal	619 adultos mayores	Depresión	26,3%	Funcionalidad familiar	No especifica

De los 14 artículos revisados, se encontró en relación con la prevalencia de la depresión (**Tabla 1**) que las cifras más elevadas se encontraron en los estudios pertenecientes a De Araujo et al., (32) con un 69% y el de Bincy et al., (43) con un 67,5%, en este orden de ideas las frecuencias oscilan entre 20-30% en los reportes de Hung et al., (33) con un 20,4%, en el de Li et al., de 26,3% (44) seguido por el de Canije et al., (34) con 27,8% mientras que en el de Saavedra-González et al., (31) hallaron una frecuencia de 27,7%, en el de Creagh et al., (39) fue de 28,8%, las cifras más extremas fueron en el análisis de Rodríguez et al., (35) en donde la frecuencia fue de 6% y el reporte de baja autoestima indicado por Viteri et al., (37) en donde el 81,2% tenía dicha condición, en uno solo de las investigaciones se especificó nivel de depresión según funcionalidad familiar en donde el 5,71% de los ancianos que tenían una familia funcional (38).

En lo que respecta a la funcionalidad familiar, los valores más elevados de disfuncionalidad fueron encontrados en los estudios de Creagh et al., (39) en donde la disfuncionalidad fue de 72,8% y en el de Viteri et al., (37) en el cual el 67% tuvo una familia disfuncional y el 19% severamente disfuncional, estas cifras se redujeron en los reportes de Saavedra-González et al., (31), Rodriguez et al., (35) y Cardona et al., (38) en donde los números fueron menores al 10%, mientras que en el de Canije et al, (34) osciló entre 10 y 20%, de acuerdo a Zou et al., fue de 32,8%(36).

**Tabla 2 Papel de la funcionalidad familiar en la depresión en el adulto mayor.**



Autor	Año	Lugar	Diseño	Muestra total	Funcionalidad familiar	Depresión	Prueba estadística
Saavedra-González et al.,(31)	2015	México	Transversal	220 adultos mayores	Familia nuclear como asociado a ausencia de depresión	Ausencia de depresión	p<0,05.
De Araujo et al., (32)	2015	Brasil	Transversal	138 adultos mayores	Menor apoyo familiar en los pacientes con síntomas depresivos.	Presencia de depresión	(p = 0,001)
Hung et al., (33)	2016	Estados Unidos	Transversal	2411 adultos mayores	Alto apoyo familiar y conyugal asociados a una mejora de los síntomas de depresión	Ausencia de depresión	(p = 0,001)
Rodríguez et al., (35)	2018	México	Transversal	139 adultos mayores	La funcionalidad familiar se asoció a la ausencia de depresión	Ausencia de depresión	p<0,05
Zou et al.,(36)	2018	China	Transversal	411 adultos mayores	Apoyo familiar disfuncional como factor de riesgo para los síntomas depresivos.	Presencia de depresión	(OR = 2,01, IC del 95%: 1,10–3,66)
Chun-ai. (40)	2019	China	Longitudinal	11.511 adultos mayores con más de 60 años	A mayor apoyo familiar menor depresión Relacional intergeneracional de alta calidad mejora el apoyo social A mayor edad existe una relación lineal con la depresión Mayor nivel educativo se acompaña de menor depresión	Menor depresión	(β = -0.026, p <0.05) (β = 0,200, p <0,001) (β = 0.036, p <0.01) (β = -0.093, p <0.001)
					Los ancianos que viven con un cónyuge son		(β = 0,171, p <0,001)



					menos depresivos que los que		
					Buen estado de salud predice una disminución del riesgo de depresión	( $\beta = 0,161, p < 0,001$ )	
Barreto et al. (41)	2019	Brasil	Transversal	236 adultos mayores con diabetes	A mayor duración de la diabetes más probabilidad de desarrollar depresión	Presencia de depresión	$p < 0,05$
					La falta de afectos es un factor asociado a la depresión		$p < 0,05$
					La falta de interacción familiar es un factor asociado a la depresión		$p < 0,05$
Bandeira et al. (42)	2020	Brasil	Transversal	237 adultos mayores	Las visitas familiares a los ancianos se asoció a la ausencia de depresión	Ausencia de depresión	$p < 0,05$
Bincy et al. (43)	2020	India.	Transversal	7.200 adultos mayores	Edad mayor a 80 años		(OR = 1,91; IC = 0,885-1,344)
					Sexo femenino		(OR = 0,88; IC del 95% = 0,803-0,982)
					Vivir con los hijos		(OR = 0,86, IC del 95% = 0,77-0,97)
					Falta de apoyo familiar	Ausencia	(OR = 1,48; IC = 1,321-1,638)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

						Tener diabetes	(OR = 1,15; IC = 1,007-1,33)
						Antecedentes de caídas	(OR = 1,28; IC = 1,017-1,620)
Li et al. (44)	2020	China	Transversal	619 adultos mayores		Bajo nivel educativo	
						Preparatoria o secundaria	OR = 0,454
						Universidad superior	OR = 0,291
						Vivir en zonas urbanas	OR = 2,793
						Mala relación familiar	OR = 0,182
						Bajo apoyo social	Satisfecho OR = 0,37
						Mala condición de salud autoinformada	OR = 0,463
						Dolor físico	Dolor a veces OR = 2,002, interfiere con la vida diaria OR = 3,012
						Gastos médicos elevados ( $\geq$ 400 yuanes)	OR = 3,47
						Ausencia de uso prolongado de medicamentos	OR = 0,326
						Visitas frecuentes a los servicios de salud	OR = 1.857
						Visitas a hospitales generales	$\geq$ 1 vez al mes OR = 2.08



De los catorce artículos revisados en relación a la funcionalidad familiar (**Tabla 2**); Zavala-González et al.,(33) indica como componentes relacionados la escolaridad secundaria o mayor (OR: 0,21, IC95%: 0,06-0,71) y estado civil unido (OR: 0,17 IC95%: 0,03-0,85), igualmente, Flores-Pacheco et al., obtuvo como elementos vinculados la escolaridad,  $F(3) = 1.95$ ,  $p = .002$  y el estado civil  $F(3,122) = 3.03$ ,  $p = 0.032$ , por su parte; Wu et al. obtuvo que la prevalencia de depresión en los pacientes con funciones familiares anormales graves fue 3,274 veces mayor que la de aquellos con buenas funciones familiares, de acuerdo a Wang y Zhao, el estado depresivo tuvo un vínculo positivo con la disfuncionalidad familiar, amigos conocidos y otros conocidos.

De igual forma, para Saavedra-González et al., (31) fue significativo pertenecer a una familia nuclear, conforme a De Araujo et al., (32) obtuvo que toda la población anciana contaba con escaso apoyo familiar y diversos síntomas depresivos, según Hung et al., (33) los agentes asociados fueron un fuerte apoyo familiar y conyugal ( $p < .05$ ), con respecto al informe de Rodriguez et al., (35) los individuos sin síntomas depresivos tuvieron una buena funcionalidad familiar.

Seguidamente, Zou et al.,(36)expuso también que la sintomatología depresiva iba de la mano con la falta de apoyo en una familia disfuncional, para Viteri et al., los agentes asociados fueron el maltrato psicológico (90,6%), maltrato por negligencia (85,9%), maltrato financiero (70,3%) y detectó maltrato físico (18,7%), de acuerdo a Creagh, estos factores fueron la violencia verbal y psicológica con un 70%, conforme a Chunkai, los componentes ligados fueron la mala relación intergeneracional, edad avanzada, bajo nivel de educación, estado civil y condición física.

En el caso de Bincy et al.,(43) implicó tener una edad mayor a 80 años (OR = 1,91; IC = 0,885-1,344), ser del sexo femenino (OR = 0,88; IC del 95% = 0,803-0,982), ser viudo (OR = 0,88; IC del 95% = 0,77-1,00), vivir con los hijos (OR = 0,86, IC del 95% = 0,77–0,97), falta de apoyo familiar (OR = 1,48; IC = 1,321–1,638) y dependencia física (OR = 1,01; IC = 0,88–1,15), tener diabetes (OR =



1,15; IC = 1,007-1,33) y antecedentes de caídas (OR = 1,28; IC = 1,017-1,620), mientras que para Li et al. fueron un bajo nivel educativo (secundaria OR = 0,454, preparatoria o secundaria OR = 0,461, universidad y superior OR = 0,291), vivir en zonas urbanas (OR = 2,793), mala relación familiar (OR = 0,182), bajo apoyo social (Satisfecho OR = 0,37), mala condición de salud auto infectada (OR = 0,463), dolor físico (dolor a veces OR = 2,002, interfiere con la vida diaria OR = 3,012), gastos médicos elevados ( $\geq 400$  yuanes OR = 3,47), ausencia de uso prolongado de medicamentos (OR = 0,326) y visitas frecuentes a los AHC (OR = 1,857) y hospitales generales ( $\geq 1$  vez al mes OR = 2,08).

**Tabla 3. Medidas para mejorar la funcionalidad familiar y disminuir el riesgo de depresión.**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Lugar</b>	<b>Diseño</b>	<b>Muestra total</b>	<b>Medidas para mejorar la funcionalidad familiar</b>	<b>Medidas para disminuir el riesgo de depresión</b>
Saavedra González et al., (31)	2015	México	Transversal	220 pacientes	Mantenimiento de la familia unidad.	Mantener las familias lo mejor estructuradas posibles (familiar nuclear)
De Araujo et al., (32)	2015	Brasil	Transversal	138 adultos mayores	Mejorar las redes de apoyo entre la familia	Mayor apoyo familiar
Hung et al. (33)	2016	Estados Unidos	Transversal	2411 adultos mayores	Mejorar las redes de apoyo entre la familia	Mayor apoyo familiar y conyugal
Rodríguez et al., (35)	2018	México	Transversal	139 adultos mayores	Mejorar las redes de apoyo familiar para contribuir en su funcionalidad	Mantener la funcionalidad familiar
Zou et al., (36)	2018	China	Transversal	411 adultos mayores	Mejorar las redes de apoyo entre la familia	Mayor apoyo familiar
Chun et al. (40)	2019	China	Longitudinal	11.511 adultos mayores con	Mejorar las redes de apoyo entre la familia Mejorar la comunicación	Mayor apoyo familiar Mantener una buena



				más de 60 años	entre los miembros de la familiar	comunicación con las diferentes generaciones de la familia
					Mejorar la funcionalidad familiar en los pacientes inclusive cuando su edad aumente.	La edad es un factor de riesgo de depresión no modificable, sin embargo, se debe considerar como un aspecto adicional a varios que si lo son como el apoyo familiar.
					Contribución de la familia para el desarrollo educativo del individuo	Promover la educación en todas las edades
					Promover una relación conyugal saludable	Mantener relaciones conyugales sanas
					Promover la inclusión de la familia en el cuidado del anciano.	Control periódico del estado del anciano, promoviendo su evaluación integral.
Barret et al.,(41)	2019	Brasil	Transversal	236 ancianos con diabetes	Promover la participación activa de la familia en el manejo del paciente anciano con comorbilidades	Mejorar los controles metabólicos
					Promover el acompañamiento familiar	Mejorar las prácticas de afecto entre los familiares
					Promover la interacción familiar	Mejorar la interacción de la familia con el anciano
Bandeira et al., (42)	2020	Brasil	Transversal	237 adultos mayores	Promover las visitas al familiar anciano institucionalizado.	Visitas familiares con frecuencia cuando el anciano se encuentra institucionalizado.
Bincy et al., (43)	2020	India.	Transversal	7.200 adultos	La edad no es un factor de riesgo modificable.	La edad no es un factor de riesgo modificable.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				mayores	El sexo no es un factor de riesgo modificable.	El sexo no es un factor de riesgo modificable.
					Promover una buena relación familiar con padres e hijos.	Promover la convivencia de los hijos con los padres así no residan en la misma casa
					Apoyar de forma constante al anciano y promover la función de la familia	Promover el apoyo de la familia
					Promoción del cuidado del paciente diabético por parte de la familia	Apoyo del control periódico del paciente diabético
					Tener cuidado del paciente con riesgo de caída	Mejorar los factores de riesgo asociados a las caídas de los ancianos.
Li et al.,(44)	2020	China	Transversal	619 adultos mayores	Promover las redes de apoyo familiar.	Promover la inclusión a la educación en todos los niveles
					Promover las redes de apoyo familiar.	Mejorar las condiciones de vida de los ancianos en sitios urbanos.
					Promover las redes de apoyo familiar.	Mejorar la relación familiar
					Promover las redes de apoyo familiar.	Mejorar el apoyo social
					Promover las redes de apoyo familiar.	Mejorar la salud del anciano
					Promover las redes de apoyo familiar.	Control del dolor de forma activa
					Promover las redes de apoyo familiar.	Promover ayudas económicas en pacientes ancianos





		que no posean los recursos suficientes.
	Promover las redes de apoyo familiar.	Controlar de forma eficaz y efectivas las condiciones patológicas sin polimedicación
	Promover las redes de apoyo familiar.	Controlas las visitas médicas de modo que no sea un estrés para el anciano.
	Promover las redes de apoyo familiar.	Controlas las visitas medidas a hospitales generales de modo que no sea un estrés para el anciano.

En los 14 estudios se encontraron que entre las medidas para disminuir la depresión y mejorar la funcionalidad familiar **(Tabla3)** , tal como lo indico Saavedra González et al., (31), para la funcionalidad familiar se recomendó el mantenimiento de la familia unida y para la depresión mantener la familia bien estructurada (familiar nuclear), De Araujo et al., (32) expusieron que se deben mejorar las redes de apoyo entre las familias, similar a Hung et al., (33), Rodriguez et al., (35) y Zou et al., (36) explicaron que contar con redes de apoyo familiar contribuyen en la disminución de la depresión; así mismo, Chunkai. (40) propusieron incentivar la comunicación entre los miembros de la familia. Barreto et al., (41) describieron como parte fundamental la participación activa de la familia en el manejo del paciente adulto mayor con comorbilidades, en concordancia con Bandeira et al., (42) Bincy et al., (43); mientras que Li et al. (44) describio la importancia de las redes de apoyo familiar, promover las visitas familiares, y el cuidado en patologías crónicas.



## DISCUSIÓN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores y la prevalencia es clínicamente significativa, dicho estado depresivo le impide al anciano realizar sus actividades pues esta condición es la causa principal de discapacidad en este grupo etario, siendo un problema prioritario de salud pública. Así también la funcionalidad familiar en el adulto mayor es un factor muy importante y de relevancia para el manejo de la depresión.

En relación a la prevalencia de la depresión en los diferentes estudios analizados, se reporta que es una condición altamente prevalente entre 5,71 y 44,89%, esto se compara a una evaluación hecha en poblaciones de la India donde aproximadamente un tercio de la población anciana sufría de depresión con preponderancia femenina. Las estimaciones variaron según el tipo de herramienta de estudio, región geográfica, métodos de muestreo y presencia de demencia. La estimación combinada debe interpretarse con cautela, ya que los estudios incluidos en esta revisión tenían un enfoque metodológico y herramientas de detección variados (13).

En relación al papel de la funcionalidad familiar en la depresión, de las publicaciones revisadas se identificó que dicho aspecto está relacionado con la depresión, especificando que el tener una familia disfuncional o un entorno inadecuado se asoció con una frecuencia mayor de este trastorno mental, lo cual es sostenido por los estudios analizados.

El soporte social en general se ha estudiado en lo que respecta al paciente anciano, no solo desde la familia, sino también del apoyo de los amigos cercanos, tal como lo demuestra una revisión sistemática realizada en Asia en la cual se expone que tener un buen apoyo social en general, un cónyuge o pareja, vivir con la familia, contar con una red social, estar en contacto con familiares y amigos, el apoyo emocional e instrumental, un buen apoyo de la familia y la



satisfacción del apoyo social se asocian con menos síntomas depresivos entre los adultos mayores que viven en las comunidades de este continente (45).

La disfuncionalidad familiar juega un papel predominante en la evolución de sentimientos de soledad y depresión, tal como lo señala Domènech-Abella J et al., (46) sobre la importancia de las redes sociales en la reducción de la depresión (46).

Así mismo, en lo que se refiere al tipo de apoyo que confiere el núcleo del individuo, se realizó un estudio en Malasia en donde la prevalencia de depresión severa fue del 19,2%, encontrándose asociada a viudos y divorciados, tener apoyo social pobre o moderado, no tener parientes o figuras religiosas y otros en comparación con un cónyuge como fuente de apoyo emocional. También, sentirse extremadamente solo, no ser socialmente activo, deterioro cognitivo, actividades limitadas por enfermedad o discapacidad y mala calidad del sueño fueron variables predictoras significativas de esta enfermedad mental. Como se observa el apoyo por parte de parientes o personas cercanas es fundamental a pesar de que se haga énfasis solo en el acompañamiento y no la funcionalidad de esas relaciones (47).

De igual manera, en un reporte en Indonesia se documentó que el riesgo de depresión en ancianos aumentó con antecedentes, aislamiento social (OR = 6,05; IC del 95% = 1,41 a 25,98;  $p = 0,015$ ), y soledad (OR = 7,14; IC del 95% = 1,62 a 31,41;  $p = 0,009$ ), disminuyó con ingresos altos (OR = 0,14; IC del 95% = 0,03 a 0,60;  $p = 0,008$ ), función familiar fuerte (OR = 0,13; IC del 95% = 0,02 a 0,67;  $p = 0,014$ ), interacción social fuerte (OR = 0,11; IC del 95% = 0,02 a 0,48;  $p = 0,003$ ) y fuerte apoyo social (OR = 0,16; IC del 95% = 0,04 a 0,65;  $p = 0,011$ ) (Wahyuningsih et al., 2019) a diferencia de registro realizado en Quito la capital de Ecuador se identificó que la prevalencia de depresión actual en la muestra estudiada fue 25,80% (94; 365) con un 15,10% de episodio depresivo leve, recordando que Ecuador tiene menor cantidad de población que Indonesia. Se encontró asociación significativa entre depresión y dependencia con un OR de



3,107 (1,250 - 7,722), situación de riesgo social con OR de 2,853 (1,746 - 4,659) y malas relaciones sociales con OR de 1,748 (1,064 - 2,872) (Mason et al., 2020), mientras que en otro registro de esta ciudad se expuso que la mayoría de los adultos mayores estudiados perciben a sus familias como disfuncionales y presencia de depresión en más de la mitad de la población estudiada. Se pudo comprobar que existe correlación entre la depresión y la disfuncionalidad familiar por lo que se elaboró el Programa Psicoeducativo para la familia y el adulto mayor el objetivo de aportar conocimientos y estrategias para comprender y afrontar las consecuencias de la disfunción familiar y sus efectos sobre los intriganes de la familia, en el adulto mayor (Pazmiño & Geovanny, 2018).

Dentro de las principales medidas que se consideraron en este estudio se encuentra en primer lugar poder dar a conocer al paciente anciano y a su familia la importancia de tener una funcionalidad familiar adecuada, un apoyo constante para estos individuos resultaría en una mejor evolución de enfermedad, altos niveles de calidad de vida, disminución de la frecuencia de patologías mentales, entre otros, por lo cual es indispensable que estos sujetos sean evaluados de una forma integral desde su primera consulta con su médico de atención primaria.

### **6.1. Limitaciones**

Una limitación encontrada en la realización de la revisión bibliográfica fue el disponer de escasos artículos de calidad Q1 – Q2 en relación al tema y las variables seleccionadas en base a nuestra realidad de la depresión del adulto mayor y funcionalidad familiar.

Un punto importante y que se ha podido corroborar en otras investigaciones sistemáticas ha sido que el análisis de las enfermedades mentales en este grupo de pacientes no es uniforme en lo que se refiere a tipos de estudios, metodologías, entre otros, tal como lo expuso Cheng y cols., en su revisión en la cual se dedujo que existe un alto grado de heterogeneidad entre los estudios sobre el estado psicológico de los adultos mayores. Los hallazgos entran en conflicto con la prevalencia, los predictores de la depresión y las tasas en



comparación con los grupos de edad más jóvenes. La variación en los resultados puede reflejar los diferentes criterios de inclusión, métodos de muestreo y herramientas de medición. (50).

En este mismo orden de ideas, se especifica que a pesar de su importancia algunos artículos no reportaron la funcionalidad familiar como parte de la evaluación del adulto mayor, por lo cual es una de las limitaciones de este estudio, de igual manera dentro de las implicaciones de este trabajo resalta la necesidad de realizar estudios de investigación a nivel local y global donde se expongan las características familiares de los adultos mayores, ya que como se ha observado estos aspectos poseen una influencia primordial sobre estos pacientes.

## **6.2. Implicaciones**

Dentro de la implicación en la práctica clínica, es importante resaltar que todo médico de atención tanto primaria como especializada debe ser capaz de hacer una evaluación global al individuo y bajo esta premisa el adulto mayor debe ser estudiado de forma integral, con el fin de determinar si tiene factores relacionados con la depresión tal como lo es la disfuncionalidad familiar y la falta de apoyo social, también se deben considerar las herramientas para el abordaje el cual dependerá del grado de funcionalidad que posean las familias y el apoyo que recibe el afectado, así mismo, tomándose en cuenta tanto al núcleo familiar y las relaciones que posea.

## **7. CONCLUSIONES**

La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es elevada según lo reportado en la presente revisión sistemática, así mismo se relaciona con diferentes características donde se encuentran las sociodemográficas, biológicas y sociales, dentro de esta última está la relación de este individuo con su entorno



tanto familiar como de amigos, considerándose en la mayor proporción de estudios que el tener un bajo apoyo familiar o de amigos y la disfunción familiar se relaciona con cifras más altas de depresión en este grupo poblacional.

Es indispensable que se realicen estudios donde se puedan identificar aquellos elementos que puedan influir de forma negativa en el adulto mayor, es importante de igual manera, exponer que en la actualidad la funcionalidad familiar un factor protector, aspecto que no se toma en cuenta de forma preponderante en el análisis de estas poblaciones, por lo cual se deben considerar ya que como lo han reportado los estudios revisados existe una relación estrecha entre esta y la depresión.

Los resultados obtenidos se deben tomar como una medida de información clara y precisa que mejora la funcionalidad familiar y disminuye la depresión.

## **8. RECOMENDACIONES**

Profundizar en los estudios mediante el desarrollo de investigaciones interdisciplinarias.

Como médicos familiares es importante el apoyo familiar y/o social y fomentar redes de apoyo familiar seguidas, por mejorar la salud del adulto mayor, promover ayudas económicas, la inclusión de la familia en el cuidado del anciano, control periódico de su estado y una evaluación integral, por lo cual estos aspectos deben ser tomados en cuenta e indagados a profundidad cuando se esté ante este tipo de paciente que consulta por cualquier problema que tal vez no se encuentre relacionado con la salud mental.

Evitar la soledad.

Mantener la mente activa: también necesitas ejercitar tu mente para mantenerla sana. Realizar actividades que se centren en entrenar la lógica y la memoria, como los rompecabezas y los juegos de cartas, es un buen ejercicio espiritual que te brinda momentos de ocio y felicidad.



Una dieta equilibrada: La alimentación juega un papel fundamental en la salud mental, ya que el cerebro, al igual que otras partes del cuerpo, necesita obtener los nutrientes que necesita para funcionar correctamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero-Berroa E, Ravona-Springer R, Schmeidler J, Heymann A, Soleimani L, Sano M, et al. Depressive Symptoms Are Associated with Cognitive Function in the Elderly with Type 2 Diabetes. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2020];65(2):683-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6130408/>
2. Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice* [Internet]. 2017 [citado 8 de octubre de 2020];59(2):61-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1272250>
3. Cheruvu VK, Chiyaka ET. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2019 [citado 8 de octubre de 2020];19(1):192. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1203-2>
4. Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2020];29(3):182-9. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>
5. Fernandes M, Nascimento N, Costa K. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendi. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [citado 8 de octubre de 2020];11(1):1-10. Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4464>
6. Souza A dos S, Sena EL da S, Meira EC, Silva DM da, Alves M dos R, Pereira LC. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2013 [citado 8 de



octubre de 2020];21(3):355-60. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7523>

7. Mason D, Suasnavas G, Suasnavas V, Villamar J. Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. Revista Médica-Científica CAMbios HECAM [Internet]. 2020 [citado 28 de abril de 2021];19(1):6-13. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445>
8. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. BMC Geriatrics [Internet]. 2020 [citado 8 de octubre de 2020];20(1):1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1403-9>.

Chruściel P, Kulik T, Jakubowska K, Nalepa D. Differences in the Perception of Social Support Among Rural Area Seniors—A Cross-Sectional Survey of Polish Population. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2020];15(6):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025277/>

10. Gutierrez L, Fernandes N, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. Saúde debate [Internet]. 2017 [citado 8 de octubre de 2020];41(1):885-98. Disponible en: [https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/885-898/pt/?abstract\\_lang=en](https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/885-898/pt/?abstract_lang=en)
11. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2020];21(5):616-27. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=en&tlng=en)
12. Barua A, Ghosh M, Kar N, Basilio MA. Prevalence of depressive disorders in the elderly. Ann Saudi Med [Internet]. 2011 [citado 18 de octubre de





2020];31(6):620-4. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221135/>

13. Pilia M, Yadav V, Bairwa M, Behera P, Gupta SD, Khurana H, 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* [Internet]. 2019 [citado 18 de octubre de 2020];19(1):832-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>
14. Tartaglini MF, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2017 [citado 18 de octubre de 2020];20(4):516-24. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000400516&lng=en&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000400516&lng=en&tIng=en)
15. Espinoza Moreira C, Vacacela Alvarez M. Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. *Investigation* [Internet]. 2014 [citado 18 de octubre de 2020];5(1):95-109. Disponible en: <http://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/39/39>
16. Espinosa E H, Abril-Ulloa V, Encalada T L. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. *Revista chilena de nutrición*. 2019;46(6):675-82.

Masón DFC, Suasnavas GFC, Suasnavas VAC. Relación entre desnutrición y depresión en mujeres adultas mayores en la consulta de un hospital de Quito, 2017. *Cambios rev-méd*. 2017;17(2):1-7. Disponible: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005224/revista\\_cambios\\_julio\\_2018\\_pag\\_5-11.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005224/revista_cambios_julio_2018_pag_5-11.pdf)



18. Cong L, Dou P, Chen D, Cai L. Depression and Associated Factors in the Elderly Cadres in Fuzhou, China: A Community-based Study. *International Journal of Gerontology* [Internet]. 2015 [citado 18 de octubre de 2020];9(1):29-33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1873959815000125>
19. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 18 de octubre de 2020];47(4):701-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102013000400701&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102013000400701&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
20. Almeida R, Desani G, Hitomi C, Amendola F, Correa J, Martins M, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP*. 2014.;48(3):1-9. Disponible: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TWvCnjydcvYR8LjvTQqfZg/?lang=en>
21. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* [Internet 2016 [citado 16 de octubre de 2020];388(10053):1545-602. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/abstract)
22. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2012 [citado 16 de octubre de 2020];21(3):169-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005415/>
23. DC: American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed.: DSM-V. Washington, DC: PN [Internet]. 2013



[citado 16 de octubre de 2020]; Disponible en:  
<http://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2016.7a7>

24. Cuba M, Jurado A, Romero Z. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Medica Herediana* [Internet]. 2013 [citado 8 de octubre de 2020];24(1):12-6. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1018-130X2013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Härkönen J, Bernardi F, Boertien D. Family Dynamics and Child Outcomes: An Overview of Research and Open Questions. *Eur J Population* [Internet]. 2017 [citado 8 de octubre de 2020];33(2):163-84. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1007/s10680-017-9424-6>
26. Obando L, López AL, Ossa M, Blanco M. Calidad de vida en adultos en situación de discapacidad. *Areté* [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2020];18(1):32-9. Disponible en:  
<https://arete.iberu.edu.co/article/view/art.18103>
27. Raue PJ, McGovern AR, Kiosses DN, Sirey JA. Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017 [citado 8 de octubre de 2020];19(9):57-0. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6149527/>
28. El-Gilany A, Elkhawaga G, Sarraf B. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2018 [citado 15 de junio de 2021];77(1):103-7. Disponible en:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494318300736>
29. Amha H, Fente W, Sintayehu M, Tesfaye B, Yitayih M. Depression and associated factors among old age population in Dega damot district, North West Ethiopia. A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*



Reports [Internet]. 2020 [citado 15 de junio de 2021];2(1):1-13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915320300342>

30. Mirkena Y, Reta MM, Haile K, Nassir Z, Sisay MM. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 15 de junio de 2021];18(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194620/>
31. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar* [Internet]. 2016 [citado 24 de junio de 2021];23(1):24-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
32. de Araújo AA, Rebouças Barbosa RAS, de Menezes MSS, de Medeiros IIF, de Araújo RF, de Medeiros CACX. Quality of Life, Family Support, and Comorbidities in Institutionalized Elders With and Without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q* [Internet]. 2016 [citado 24 de enero de 2021];87(2):281-91. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11126-015-9386-y>
33. Hung M, Bounsanga J, Voss MW, Crum AB, Chen W, Birmingham WC. The relationship between family support; pain and depression in elderly with arthritis. *Psychology, Health & Medicine* [Internet]. 2017 [citado 24 de enero de 2021];22(1):75-86. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548506.2016.1211293>
34. Canjie L, Lexin Yuan, Weiquan Lin, Ying Zhou, Shengmao Pan. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;71:34-42. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28273547/>



35. Rodríguez-Tovar GL, Medrano-Martínez M, Castro- García RI, Rivera-Vázquez P. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una Institución de Salud de Ciudad Victoria. enfermería [Internet]. 2019 [citado 24 de enero de 2021];17(2):33-41. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/264>
36. Zou C, Chen S, Shen J, Zheng X, Wang L, Guan L, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital [Internet]. Clinical Interventions in Aging. Dove Press; 2018 [citado 24 de enero de 2021]. 13(1):1755-62. Disponible en: <https://www.dovepress.com/prevalence-and-associated-factors-of-depressive-symptoms-among-elderly-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>
37. Viteri Chiriboga E, Terranova Barrezueta AE, Velis Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. Rev Lasallista Investig [Internet]. 2018 [citado 24 de junio de 2021];15(2):300-14. Disponible en: <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/rldi/article/view/1871>
38. Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Muñoz Rodríguez DI. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. hpsal [Internet]. 2019 [citado 24 de junio de 2021];24(1):97-111. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24\(1\)\\_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24(1)_9.pdf)
39. Creagh M. Repercusión del envejecimiento en el funcionamiento familiar. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 24 de junio de 2021];45(4):1-9. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1317>
40. Chunkai Li, Shan Jiang, Zhang X. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. J Affect Disord. 2019;248(1):73-80. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716614/>



41. Barreto Andrade DM, Montargil Rocha R, Santos Ribeiro IJ. Depressive Symptoms and Family Functionality in the Elderly With Diabetes Mellitus. *Issues Ment Health Nurs.* 2020;41(1):54-8. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31545908/>
42. Bezerra CB, Saintrain MVDL, Nobre MA, Sandrin RLESP, Galera SC, Bruno ZV. Major depression and associated factors in institutionalized older adults. *Psychol Health Med.* 2020;25(8):909-16. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906698/>
43. Bincy K, Logaraj M, Ramraj B. Depression and its associated factors among the older adults in rural, Tamilnadu, India. *Clinical Epidemiology and Global Health* [Internet]. 2021 [citado 24 de junio de 2021];10(1):1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398420302475>
44. Li N, Shou J. The prevalence and correlates of depression in elderly outpatients in community health centers. *Journal of Affective Disorders Reports* [Internet]. 2021 [citado 24 de junio de 2021];3(1):1-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915320300445>
45. Tengku Mohd TAM, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 27 de abril de 2021];9(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6661578/>
46. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2021];52(4):381-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
47. Rashid A, Tahir I. The Prevalence and Predictors of Severe Depression Among the Elderly in Malaysia. *J Cross Cult Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 28 de abril de 2021];30(1):69-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9248-3>



48. Wahyuningsih CS, Subijanto AA, Murti B. Logistic Regression on Factors Affecting Depression among the Elderly. *Journal of Epidemiology and Public Health* [Internet]. 2019 [citado 28 de abril de 2021];4(3):171-9. Disponible en:  
<https://jepublichealth.com/index.php?journal=jepublichealth&page=article&op=view&path%5B%5D=138>
  
49. Cheng A, Leung Y, Harrison F, Brodaty H. The prevalence and predictors of anxiety and depression in near-centenarians and centenarians: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(11):1539-58. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31354113/>.



## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1: Matriz de datos de los artículos seleccionados en la presente revisión

Solo fueron incluidos artículos con 6 o más puntos tal como se describe a continuación.

Titulo	Autor, año lugar	Muestra Total	Nombre revista tipo Q	Edad media de los pacientes	Sexo	Prevalencia depresión	Funcionalidad familiar	Factores asociados a la depresión
Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México	Saavedra-González et al. 2015. México	220 paciente s	<u>Atención Familiar</u> Q4	70,2 años	48% masculino, 52% femenino	27,7%	26 puntos en la escala de Yesavage	Pertenecer a una familia nuclear
Quality of Life, Family Support, and Comorbidities in Institutionalized Elders With and Without Symptoms of Depression	De Araujo et al. Brasil. 2015	138 adultos mayores	Psychiatric quarterly Q2	Predominó el grupo etario de 80 años o más (42%)	68% sexo femenino	69% con depresión	No se especifica	Los resultados demostraron que ambos grupos tenían una percepción de bajo apoyo familiar. Un mayor número de ancianos con síntomas de depresión tuvo una percepción total de menor apoyo familiar en relación a los sin síntomas ( $p = 0,001$ ), siendo el factor más afectado la adaptación familiar de los ancianos con síntomas depresivos en relación a los que





UNIVERSIDAD DE CUENCA

								no presentaban estos síntomas. (p = 0,003).
<b>The relationship between family support; pain and depression in elderly with arthritis</b>	Hung et al. 2016. Estados Unidos.	2411 adultos mayores	Psychology, health & medicine  Q2	76,0±6,8 años	65% sexo femenino	20,4%	No se especifican los grados de funcionalidad y soporte familiar	Los resultados indicaron que los síntomas depresivos disminuyeron significativamente con un fuerte apoyo familiar y conyugal (p <.05)
<b>Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly</b>	Canjie et al. 2017. China	474 adultos mayores	Archives of gerontology and geriatrics  Q1	60 a 74 años: 62,8%; Mayor a 75 años: 37,1%	47,5% masculino y 52,5% femenino	27,8%	Disfunción moderada: 17,3%. Disfunción severa: 11,6%	No especifica
<b>Family function and depression in adults seniors in a health institution of Ciudad Victoria</b>	Rodriguez et al. 2018. México.	139 adultos mayores	International Journal of Family & Community Medicine	68,14	63% sexo femenino	14% depresión leve  6% depresión establecida	81% Normofuncional  9% moderadamente funcional  10% generalmente disfuncional	La funcionalidad familiar se asoció a los pacientes sin síntomas depresivos p<0,001



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<b>Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital</b>	Zou et al. China. 2018.	411 adultos mayores	Clinical interventions in aging  Q1	Media de 75,9±8,1 años	Pacientes no depresivos: 69,2% sexo masculino  Pacientes depresivos: 54,8% sexo femenino	32,8% de los pacientes tenían síntomas depresivos	15,4% de los pacientes sin depresión tenían una familia disfuncional  34,0% de los pacientes con depresión tenían una familia disfuncional  P=0,000	Se encontraron síntomas depresivos en pacientes ancianos con apoyo familiar disfuncional (OR = 2,01, IC del 95%: 1,10–3,66).
<b>Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario</b>	Viteri et al. Ecuador . 2018	100 adultos mayores	Revista Lasallista de investigación  Q4	No especifica	64% experimentaron maltrato: 31,2% masculino, 68,8% femenino	81,2% experimentó autoestima bajo	Familia funcional: 14%, Familia disfuncional: 67%, Familia severamente disfuncional: 19%	Maltrato psicológico (90.6%), maltrato por negligencia (85.9%), maltrato financiero (70.3%) y detectó maltrato físico (18.7%)
<b>La Felicidad Como Predictor De Funcionalidad Familiar Del Adulto Mayor En Tres Ciudades De Colombia</b>	Cardona et al. Colombia. 2018	1514 personas de 60 años o más	Hacia la Promoción de la Salud	No especifica	34,2% masculino, 65,8% femenino	Familia funcional: 5,71%, Familia disfuncional: 25,49%	Buena: 61,2%, Disfuncionalidad leve: 24,3%, Disfuncionalidad moderada: 8,2%, Disfuncionalidad severa: 6,2%	No especifica
<b>Repercusión del envejecimiento en el funcionamiento familiar</b>	Creagh. Cuba. 2018	125 familias	Revista Cubana de Salud Pública  Q4	No especifica	No especifica	28,8%	Disfuncionalidad familiar: 72,8%	Violencia verbal y psicológica: 70%
<b>Intergenerational relationship, family social</b>	Chunkai. China. 2019	11.511 adultos mayores	Journal of affective disorders.	70,31 años (DE = 8,102)	47,6% masculino y	No especifica	Soporte familiar: $\beta = -0,026$	Mala relación intergeneracional, edad avanzada, bajo



UNIVERSIDAD DE CUENCA

support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis		con más de 60 años	Q1		52,4% femenino			nivel de educación, estado civil y condición física
Depressive Symptoms and Family Functionality in the Elderly with Diabetes Mellitus	Barreto et al. Brasil. 2019	236 ancianos con diabetes	Issues in mental health nursing Q2	71,6 años (DE 8,03)	23,3% masculino y 76,7% femenino	Coefficiente: -0,44; p < 0,001 IC95% [-0,56 a -0,31]	No especifica	Duración de la diabetes, falta de afecto, falta de interacción familiar
Major depression and associated factors in institutionalized older adults	Bandeira et al. Brasil. 2020	237 adultos mayores	Psychology, health & medicine Q2	75,3 años (DE ± 8,57)	48,1% masculino y 51,9% femenino	34,6%	No especifica	Visitas familiares [Razón de prevalencia: 1,30; IC95% 0,88-1,92; p = 0,19]
Depression and its associated factors among the older adults in rural, Tamilnadu, India	Bincy et al. India. 2020	7.200 ancianos	Clinical Epidemiology and Global Health Q3	No especifica	39,2% masculino y 60,8% femenino	67,5%	Entre los ancianos depresivos: el 29% no tuvo apoyo familiar	Edad mayor a 80 años (OR = 1,91; IC = 0,885-1,344), sexo femenino (OR = 0,88; IC del 95% = 0,803-0,982), ser viudo (OR = 0,88; IC del 95% = 0,77-1,00), vivir con los hijos (OR = 0,86, IC del 95% = 0,77-0,97), falta de apoyo familiar (OR = 1,48; IC = 1,321-1,638) y dependencia física (OR = 1,01; IC = 0,88-1,15), tener diabetes (OR = 1,15; IC = 1,007-1,33) y antecedentes de caídas (OR = 1,28; IC = 1,017-1,620)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<p><b>The prevalence and correlates of depression in elderly outpatients in community health centers</b></p>	<p>Li et al. China. 2020</p>	<p>619 adultos mayores</p>	<p>Journal of Affective Disorders Reports</p>	<p>(73,02 ± 8,05) años</p>	<p>46,04% masculi no y 53,96% femenin o</p>	<p>26,3%</p>	<p>No especifica</p>	<p>Bajo nivel educativo (secundaria OR = 0,454, preparatoria o secundaria OR = 0,461, universidad y superior OR = 0,291), vivir en zonas urbanas (OR = 2,793), mala relación familiar (OR = 0,182), bajo apoyo social (Satisfecho OR = 0,37), mala condición de salud auto infectada (OR = 0,463), dolor físico (dolor a veces OR = 2,002, interfiere con la vida diaria OR = 3,012), gastos médicos elevados (≥ 400 yuanes OR = 3,47), ausencia de uso prolongado de medicamentos (OR = 0,326) y visitas frecuentes a los AHC (OR = 1.857) y hospitales generales (≥ 1 vez al mes OR = 2.08)</p>
--	--------------------------------------	------------------------------------	---	--------------------------------	---	--------------	----------------------	---

**9.2. Anexo 2: Valoración de calidad metodológica de los artículos seleccionados**

<b>Autor / año</b>	<b>Diseño</b>	<b>Contexto</b>	<b>Participantes</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Fuentes de datos/medidas</b>	<b>Sesgos</b>	<b>Muestra</b>	<b>Métodos estadísticos</b>	<b>Total</b>
<b>Saavedra-González et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>De Araujo et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Hung et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Canjie et al.</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Rodríguez et al.</b>	1	1	1	1	1	0	0	1	6
<b>Zou et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Viteri et al.</b>	1	1	1	1	1	0	0	1	6
<b>Cardona et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Creagh.</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Chunkai.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Barreto et al.</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Bandeira et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Bincy et al.</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Li et al.</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Se consideró un rango de igual o mayor de 6 para determinar la calidad metodológica del artículo, según los valores 1 (Si, a la presencia del indicador) y 0 (No, ante la ausencia del indicador) para la cual se estableció una media del elemento para ambas partes utilizando el software IBM SPSS Statistics 24, 14 estudios fueron seleccionados para el análisis de los objetivos planteados, cuyos resultados se pueden apreciar en el anexo 2.



### 9.3. Anexo 3: Cronograma

Actividades	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021
Realización del protocolo	X							
Revisión final del protocolo y aprobación		X						
Búsqueda sistemática de bibliografía			X	X				
Análisis Crítico de la bibliografía de la revisión bibliográfica					X	X		
Elaboración de informe final de la revisión bibliográfica							X	X

#### Recursos:

Humanos: Autora: Md. Karen Sánchez.

Director de Revisión: Dr. Marco Segarra.

Asesora de Revisión: Dra. Mirian Lucio.

### 9.4. Anexo 4: Presupuesto

Descripción de recursos	Cantidad	Costo unitario	TOTAL
			PESOS
Impresión a color	100 copias	0.40 \$	40,00 \$
Impresión blanco y negro	200 copias	0.05 \$	40,00 \$
Costo por revista	7 meses	20.00 \$	140,00 \$
Costo revistas anexas	7 meses	20.00 \$	140,00 \$
Impresión por unidad de revisión	4 unidades	15.00 \$	45,00 \$
Lápiz	4 unidades	0.50 \$	1,00 \$
Internet	7 meses	45.00 \$	315,00 \$
<b>TOTAL</b>			<b>721,00\$</b>