



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

**RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LOS NIVELES DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD BARRIAL BLANCO, CUENCA 2016.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADA Y LICENCIADO EN ENFERMERIA.

**AUTORES:**

DIANA CAROLINA GARZÓN SARI  
ANDRÉS GEOVANNY LEÓN SIGUA

**DIRECTORA:**

LIC. CARMEN LUCIA CABRERA CÁRDENAS MST.

**CUENCA-ECUADOR**

**2016**



## RESUMEN

**Antecedentes:** En nuestra ciudad, no existen datos certeros de la depresión como causa de dependencia en los adultos mayores; según la Organización Mundial de la Salud, refiere que la depresión afecta a un 7% de la población de adultos mayores y representa un 1,6% de la discapacidad total en las personas mayores de 65 años de edad.

**Objetivo:** Identificar la relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016.

**Metodología:** La investigación fue cuantitativa, el tipo de estudio fue descriptivo, transversal, con un universo de 915 personas de 65 años en adelante. La muestra es de 209 adultos mayores a través de fórmula ajustada. La técnica de investigación fue mediante la aplicación de los test: La escala de Yesavage, la escala Katz y la escala de Lawton y Brody. La información fue procesada por medio del programa SPSS V23.

**Resultados:** Los resultados muestran que los adultos mayores con Depresión corresponden al 56%, y Dependencia Funcional el 12,4% corresponden a los adultos mayores con Dependencia Moderada y Severa, el 17,22% presenta Dependencia Instrumental Severa y Total. El 12,44% de adultos mayores con Depresión presentan Dependencia Funcional Moderada y Severa, el 17,23% de adultos mayores con Depresión, presentaron Dependencia Instrumental Severa y Total.

**Conclusiones:** la investigación indica que existe una relación entre la depresión y los niveles de dependencia, pues mientras mayor es la depresión, mayor el grado de dependencia funcional e instrumental.

**Palabras Claves:** INTERRELACION, DEPRESION, DEPENDENCIA, ADULTO MAYOR.



## ABSTRACT

**Background Research:** In our city isn't the exception because there is not exactly information about the depression as the cause of dependency in this age group. According to the World Health Organization, with worldwide studies, report that the depression affects 7% of the elderly population, in general and represents 1,6% of the total disability people over 65 years age.

**Objetive:** Identify the relationship of the depression and the dependency levels of the elderly that attends to consultation of the Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016.

**Methodology:** The investigation was qualitative and quantitative, the type of study is descriptive, cross-sectional, with a universe of 915 persons of 65 years onwards. The sample for this research is 209 elderlies, information obtained through of an adjusted formula. The research technique was through the application of the test: Geriatric Depression Scale (Yesavage), the Scale of Katz and The Scale of Lawton and Brody. The information was processed through of the program SPSS V23.

**Results:** The results show that elderlies who have depression correspond to 56% and with functional dependence, 12,4% that correspond to elderly with moderate and severe dependence. The 17,22% presented severe and total instrumental dependency. The 12,44% of older adults with depression shows moderate and severe functional dependence, the 17,23% of older adults with depression, presented severe and total instrumental dependence.

**Conclusions:** The investigation shows that there is a relationship between depression and dependency levels, because while greater depression is, greater is the level of functional dependence and instrumental.

**KEY WORDS:** INTERRELATION, DEPRESSION, DEPENDENCY, AGED.



## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	18
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>19</b>
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO:</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2.1 ADULTO MAYOR</b> .....	<b>20</b>
2.2.1.1 Proceso biológico del envejecimiento .....	21
2.2.1.2 Cambios físicos, psicológicos y sociales del envejecimiento: .....	21
<b>2.2.2 REDES DE APOYO</b> .....	<b>23</b>
2.2.2.1 Tipos de redes de apoyo .....	23
2.2.2.1.1 Redes Primarias .....	24
2.2.2.1.2 Redes Secundarias.....	24
2.2.2.1.3 Redes Institucionales o Formales .....	24
<b>2.2.3 DEPRESIÓN</b> .....	<b>25</b>
2.2.3.1 Epidemiología de la Depresión .....	25
2.2.3.2 Historia y Depresión en el mundo: .....	25
2.2.3.3 Etiología .....	26
2.2.3.4 Factores de Riesgo:.....	27
2.2.3.5 Tipos de Depresión.....	28
2.2.3.6 Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor.....	29
2.2.3.7 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE ...	29
<b>2.2.4 DEPENDENCIA</b> .....	<b>29</b>
2.2.4.1 Discapacidad .....	30
2.2.4.2 Factores de Riesgo.....	30



2.2.4.3 Grados de Dependencia .....	31
2.2.4.4 Niveles de Dependencia .....	32
2.2.4.5 Parámetros para medición de la Dependencia .....	32
2.2.4.6. ESCALA DE DEPENDENCIA GERIÁTRICA –TEST DE KATZ.....	33
2.2.4.7 ESCALA DE DEPENDENCIA GERIÁTRICA –TEST DE LAWTON Y BRODY .....	34
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>36</b>
<b>3. OBJETIVOS:</b> .....	<b>36</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL: .....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	36
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>37</b>
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>37</b>
4.1 Tipo de estudio: .....	37
4.2 Área de estudio:.....	37
4.3 Universo y muestra: .....	37
4.4 Criterios de inclusión.....	38
4.5 Criterios de exclusión.....	38
4.6 Variables: .....	39
4.7 Métodos Técnicas e Instrumentos: .....	39
4.8 Procedimiento: .....	41
4.9 Plan de tabulación y análisis.....	42
4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos: .....	42
4.11 Recursos.....	42
4.11.1 Recursos humanos: .....	42
4.11.2 Recursos materiales: .....	42
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>44</b>
<b>5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	<b>44</b>
Gráfico N° 1 .....	44
Grafico N°2 .....	45
Tabla N° 2.....	47
Grafico N° 3. ....	48
Tabla N° 3.....	49



Tabla N° 4.....	50
Tabla N° 5.....	51
Tabla N° 6.....	52
Gráfico N° 4 .....	53
Gráfico N° 5 .....	54
Gráfico N° 6 .....	56
Tabla N° 7.....	58
Gráfico N° 7 .....	59
Gráfico N° 8 .....	60
Gráfico N° 9 .....	61
Gráfico N° 10 .....	63
Gráfico N° 11 .....	65
Gráfico N 12.....	67
Gráfico N° 13 .....	68
Gráfico N° 14 .....	70
Gráfico N° 15 .....	72
Tabla N° 8.....	73
Gráfico N° 16 .....	75
Gráfico N° 17 76	
Gráfico N° 18 .....	77
Gráfico N° 19 .....	78
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>80</b>
DISCUSIÓN .....	80
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>83</b>
CONCLUSIONES .....	83
RECOMENDACIONES .....	85
<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	<b>86</b>
<b>8. Bibliografía .....</b>	<b>86</b>
8.1 Referencias Bibliográficas .....	86
8.2 Bibliografía General: .....	90
<b>CAPÍTULO IX.....</b>	<b>93</b>
<b>9. ANEXOS:.....</b>	<b>93</b>



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 1: Cronograma .....	93
ANEXO 2: Operacionalización de variables.....	94
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	96
ANEXO 4: FORMULARIO DE ENCUESTA .....	97
ANEXO 5: Test de Yesavage .....	99
ANEXO 6: Test de Katz .....	100
ANEXO 7: Escala de Lawton y Brody .....	102



## CLÁUSULAS DE DERECHOS DEL AUTOR

Yo, ANDRES GEOVANNY LEON SIGUA, autor del proyecto de investigación **“Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADO EN ENFERMERIA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 18 de Octubre de 2016

Andrés Geovanny León Sigua

C.I. 0106638877



## CLÁUSULAS DE DERECHOS DEL AUTOR

Yo, DIANA CAROLINA GARZON SARI, autora del proyecto de investigación **“Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERIA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

**Cuenca, 18 de Octubre de 2016**

Diana Carolina Garzón Sari

C.I. 0105879753



## CLAÚSULAS DE RESPONSABILIDAD

Yo, ANDRES GEOVANNY LEON SIGUA, autor del proyecto de investigación **“Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 18 de Octubre de 2016

Andrés Geovanny León Sigua

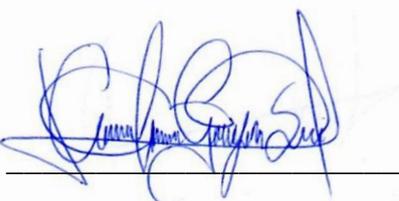
C.I. 0106638877



## CLAÚSULAS DE RESPONSABILIDAD

Yo, DIANA CAROLINA GARZON SARI, autora del proyecto de investigación **“Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Cuenca, 18 de Octubre de 2016



Diana Carolina Garzón Sari

C.I. 0105879753



## AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento a Dios, pues sin el nada sería posible en esta vida, en segundo lugar, agradecemos a la Mst. Carmen Cabrera, quien de manera acertada y paciente, nos guio en la planificación y ejecución de este proyecto, a nuestras familias por el apoyo brindado año tras año mientras cursábamos nuestros estudios, la misma que fue nuestra motivación y aliento para alcanzar este logro.

Agradecemos también: a los Directivos del Distrito de Salud 01D01, por habernos permitido realizar nuestro trabajo de investigación sin presentarnos inconvenientes o restricciones algunas.

A la Dra. María Fernanda Martínez, directora del Centro de Salud Barrial Blanco, y así como también a todo el personal de salud que labora en esta unidad operativa, por brindarnos su aporte en esta investigación con su predisposición, generosidad y su tiempo prestado.

A todos los adultos mayores que asisten a esta unidad operativa ya que gracias a ellos y a su generosidad, hicieron posible esta investigación.

**Los Autores**



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### DEDICATORIA

*Este proyecto de investigación va dedicada a Dios, por ser mi guía y mi respaldo en mi camino, y por cuidar y proteger a toda mi familia. A mi madre, ya que ella es el motor de mi vida, la que siempre está junto a mi cuando más lo necesito y me brinda su cariño, su comprensión y su entera confianza, además de la que siempre aprendo y aprenderé valiosas lecciones de vida. Ella me ha demostrado que una persona puede ser tan fuerte y valiente como su voluntad lo permita y que la paciencia y la comprensión es fundamental para la vida, por todo esto y más le dedico este proyecto de investigación a ella, que me ha apoyado en todos mis años de educación con el anhelo de ser un gran profesional.*

**ANDRÉS LEÓN S.**



## DEDICATORIA

*Este proyecto de investigación va dedicada en primer lugar a Dios, que es mi fortaleza y guía mi camino. Él es quien me brinda la sabiduría para cumplir mis metas, y no desmayar en los problemas que se presenten, de igual manera llena de salud y bendiciones a mí y a mi familia.*

A mis padres quienes a lo largo de mi carrera han sido mi sustento y mi apoyo, inculcándome los mejores valores para emprenderlos en mi vida. Ellos me brindan su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional día a día, motivándome a seguir adelante para cumplir mis metas. Enseñándome que el éxito va de mano del sacrificio.

A mis hermanos, en especial a mi hermana Adriana Cárdenas, quien ha sido y seguirá siendo mi gran ejemplo a seguir y siempre ha sabido aconsejarme y guiarme por el buen camino para verme realizada.

**CAROLINA GARZÓN S**



## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en el Ecuador ha crecido considerablemente debido a que la esperanza de vida ha ido incrementándose, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75,2 años: 72,3 años para la población masculina y 78,2 para la población femenina. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que 1 de cada 5 personas llegara a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. (2) La depresión contribuye a disminuir de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores, induce al aislamiento social y acentúa los factores de comorbilidad, por lo que la depresión un problema social y de salud pública.

Una descripción generalizada de la depresión, determina que constituye una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido hacia la propia vida, provocando un vacío existencial y en muchos casos la desmotivación para seguir viviendo, pues creen que vivir no es importante y que es preferible morir.

Según el instituto de Salud Mental de Estados Unidos, el 15% de personas mayores de 65 años han presentado episodios de depresión en algún momento y los síntomas tienden a hacerse crónicos con más frecuencia; el 2,5% de estas depresiones son de tipo severo y un 13% de tipo leve. (3)

Los procesos biológicos y problemas de salud asociados al envejecimiento individual resultan de la interacción de factores biomédicos y contextuales como estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, los cuales se manifiestan de diversa forma y se asocian con una disminución de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores.

La dependencia no es solo sinónimo de vejez, ya que esta puede aparecer a cualquier edad, aunque las personas mayores suelen ser las más afectadas.



Dentro de los factores que influyen a la dependencia se encuentran: factores psicológicos, declive físico, problemas de salud crónicos, accidentes externos entre otros. Existen 4 tipos de dependencia: física, psíquica o mental, sensorial y mixta. Según un estudio realizado en Chile, Enero 2011, acerca de los Cuidados y Dependencia del adulto mayor; menciona que la dependencia alcanza el 24,1% de las personas mayores. La frecuencia y severidad de la dependencia aumenta con la edad; a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a más de 30% en los mayores de 80 años. El 35,2% de los adultos mayores dependientes presentan deterioro cognitivo; la dependencia presenta un aumento exponencial a partir de los 75 años, alcanzando cifras superiores al 40% a partir de los 80 años. (4)

En el Ecuador el artículo 36 de la constitución, establece que el adulto mayor es un grupo de atención prioritaria, al cual se le debe brindar y granizar un correcto cuidado de su salud. (5) Pensamos que existe ausencia de información relacionado con lo citado anteriormente sobre dependencia y depresión en Ecuador y particularmente en Cuenca, por lo que no permiten a los organismos pertinentes establecer medidas socio-sanitarias apropiadas para mejorar la vida y cumplir con los derechos de los adultos mayores.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Más del 20% de las personas que pasan de los 65 años de edad sufren algún trastorno mental o neural, sin contar los que se manifiestan por cefalea y el 6,6% de la discapacidad de este grupo etario atribuido a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana; afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los de 65 años de edad y mayores. Aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 65 años de edad o mayores. (6)

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con: su hijo (49%), nieto (16%) y esposo o compañero (15%). A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%). (7)

Según la encuesta SABE (Salud Bienestar y Envejecimiento) por la disminución de las capacidades físicas, la dependencia y la pérdida de su autonomía personal ante la vida diaria de personas adultas mayores aumenta conforme aumenta su edad, así como también por la falta de la adecuación de la infraestructura y de su inmobiliario, encuentran dificultades para desarrollar las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. Las actividades se restringen a: preparar la comida 9.9%, manejar el dinero 17.3%, ir a lugares solos 37.2%, hacer compras 16%, llamar por teléfono 16.4%, hacer quehaceres domésticos 12.4%, hacer actividades pesadas 21.6%, tomar sus medicinas



29.1%. El 14.7% de los adultos mayores fueron víctima de insultos y el 14.9%, víctima de negligencia y abandono. (8)

En nuestra trayectoria dentro de las prácticas pre profesionales, hemos visto una relación directa de la depresión y los niveles de dependencia en el adulto mayor. En el Centro de Salud Barrial Blanco, pudimos observar que los adultos mayores llegan con retrasos y en fechas no acordadas para sus consultas médicas y mencionan que se debe a que viven solos y se les dificulta asistir a determinadas horas y fechas. Además sus consultas toman más tiempo que del resto de usuarios, puesto que requieren mayor tiempo para expresar como se sienten, además la gran mayoría, llegan a presentar cierto grado de depresión, pues el tiempo de consulta se dedica a tratar problemas de salud física, procesos agudo o crónicos de enfermedades, y descuidándose del ámbito de la salud mental.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La atención del adulto mayor requiere una valoración integral de los aspectos biológicos, funcionales, actividades de la vida diaria, entorno familiar, social, estado emocional y psicológico; en donde el equipo de salud debe trabajar conjuntamente para identificar y evaluar no solo los problemas habituales del área biológica, sino también aspectos psicológicos y factores de riesgo que en ocasiones se ignoran, y que sin duda afecta la calidad de vida del adulto mayor por ser vulnerable de la sociedad, lo que amerita una atención personalizada y de calidad. El tema de investigación es original, porque no existen estudios que relacionen estas dos categorías en América Latina, por lo que nuestro estudio de investigación cobra relevancia, porque se abarcaran problemas que afectan mayoritariamente a estos grupos vulnerables. La importancia de la realización de este estudio en el ámbito científico, sirve para relacionar la depresión con los niveles de dependencia y así poder desarrollar políticas de promoción de autocuidado y de protección. En cuanto al ámbito metodológico, este estudio relacionara directamente dos categorías. En lo social la relación está dada porque sirve como línea de base para el desarrollo de nuevas políticas de protección del adulto mayor.

Como parte del trabajo de investigación se quiere conocer la relación de la depresión y los niveles de dependencia dentro de la autonomía en el hogar y en su medio; además contribuirá al desarrollo de un marco conceptual que permita investigar la situación de la depresión y la dependencia del adulto mayor en nuestra ciudad para así, lograr el planteamiento de estrategias de promoción y prevención de problemas de salud mental en el adulto mayor.

Los resultados de la presente investigación, serán de utilidad para el área de estudio, ya que contribuirá al mejoramiento de los servicios de salud, enfatizando en la relación directa de la atención médica y la atención especializada en salud mental, logrando avances en el cumplimiento de los programas del Ministerio de Salud Pública, dedicados al cuidado del adulto mayor. Al mismo tiempo, estos resultados se darán a conocer en la unidad operativa, a la población adulta mayor (objeto de estudio) y finalmente a la Universidad de Cuenca para su respectiva publicación.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

El “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”, realizado en Chile en el 2010, por SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor); un estudio de corte transversal, con una muestra de personas de 60 años y más con una muestra final de 4766 personas. Concluyó que la dependencia alcanzó al 24,1% de los adultos mayores chilenos, observándose una diferencia de 11,6% en el área rural donde la prevalencia de dependencia alcanzó un tercio de la población mayor de 60 años. La dependencia sea cual sea su severidad alcanza más a las zonas rurales que urbanas. Este estudio demostró que el 35,2% de los sujetos dependientes presentan deterioro cognitivo. El análisis de la asociación de la dependencia con enfermedades crónicas, ajustadas por edad, sexo y años de escolaridad, demostró asociación significativa con depresión. (9)

El estudio “Dependencia Funcional y Depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa”, realizado por Zavala – González MA, Posada – Arévalo SE y Cantú – Pérez RG; en México del 2010. Identificó correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos, al explorar, en este estudio, la funcionalidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria se encontró que el 0.6% estaban moderadamente incapacitados; es decir la frecuencia básica fue de 2.6%. En cuanto a la funcionalidad para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, se observó que el 4.5% totalmente dependientes; es decir la frecuencia de dependencia instrumental fue de 34.2%. Por lo que al realizar el análisis de la distribución de frecuencias de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria estratificada por sexo, se encontró que no hubo diferencias significativas en cuanto a Actividades Básicas de la Vida Diaria, mientras que para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, se observó que los adultos mayores de sexo femenino presentaron dependencia instrumental con mayor frecuencia que los masculinos, especialmente dependencia moderada. En cuanto a la depresión, se encontró que el 1.9% depresión moderada –severa, es decir la frecuencia de la depresión fue de 7.1%. Al realizar el mismo análisis de la distribución de frecuencias de los casos de depresión según el sexo de los



participantes, se observó predominio significativo en el sexo femenino en los casos de depresión leve y moderada. (10)

El artículo “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas.” Realizado por María Teresa Rodríguez Díaz, Francisco Cruz-Quintana y María Nieves Pérez-Marfil, en Granada – España en Enero de 2014, con una muestra de 103 participantes, con edades entre los 62 y 99 años, presentan que el 30.1% eran hombres y el 69.9% mujeres. Pone de manifiesto una relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional, encontrando que los mayores niveles de dependencia se corresponden con una mayor sintomatología ansiosa depresiva, menor grado de satisfacción vital y en general mayor ansiedad ante la muerte, estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Bierman y Satatlan que manifestaron que las Actividades Básicas de la Vida Diaria, están relacionadas con una mayor angustia psicológica, además se confirmó que los grupos de dependencia severa – total y dependencia moderada, presentaron mayor nivel de depresión que los grupos de independencia y dependencia leve. (11)

## **2.2 MARCO TEÓRICO:**

### **2.2.1 ADULTO MAYOR**

La Organización Mundial de la Salud, define Adulto Mayor, a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los adultos mayores no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles. (12)



### 2.2.1.1 Proceso biológico del envejecimiento

Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el organismo que envejece, consisten en la modificación tanto de los órganos como de los tejidos dando como resultado final la pérdida de la actividad funcional.

### 2.2.1.2 Cambios físicos, psicológicos y sociales del envejecimiento:

Dentro de los cambios neurológicos se han documentado la pérdida del tamaño y peso del cerebro, en las personas de edad adulta existe una transmisión nerviosa más lenta y por ende hay una reducción de la conducción nerviosa, se debe recalcar que estos cambios neurológicos que suceden en los adultos mayores suelen afectar a las necesidades básicas como el descanso o sueño, es por eso que a esta edad suelen quejarse de la dificultad que tienen para conciliar el sueño. (13)

Entre los cambios sensoriales; en las personas mayores son más progresivos y a partir de las edades superiores a los 70 años estos órganos presentan algún tipo de alteración funcional a nivel de la agudeza sensorial. (13)

En los adultos mayores la percepción del dolor esta disminuida, además que su coordinación muscular para iniciar el movimiento requiere más tiempo que para un joven, también a esta edad la vista sufre diversas alteraciones como disminución de la agudeza visual, disminución de las lágrimas, también los ancianos presentan una pérdida de la audición y finalmente el sentido del gusto disminuye con la edad.

También se dan cambios a nivel musculo esquelético; en donde con el paso del tiempo el organismo presenta una pérdida progresiva de la fuerza y resistencia muscular, la cual es causada por la atrofia de las células musculares y una disminución de las fibras elásticas que originan una pérdida de la flexibilidad.

Entre los adultos mayores es muy frecuente que se presente la osteoporosis ya sea por una dieta baja en proteínas, minerales y vitaminas, es más frecuente en las mujeres ya sea por la deficiente absorción e ingesta de calcio o por trastornos endocrinos. (13)



Existen cambios psicológicos que producen: modificaciones anatómicas y funcionales en el sistema nervioso y órganos de los sentidos, en las funciones cognitivas, y modificaciones en la afectividad: pérdidas, motivaciones, personalidad.

Si evaluamos las capacidades cognitivas por separado en el envejecimiento podemos encontrar:

1) **Procesado de la información.** Existe un enlentecimiento en general que puede ocasionar un enlentecimiento también en la emisión de respuestas. Hay una serie de factores que pueden afectar negativa al procesamiento de la información: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas que se detectan lo que incrementa la ansiedad. (14)

2) **Inteligencia.** Se mantiene estable durante la etapa de la vejez aunque suele aparecer un enlentecimiento y un aumento del tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento puede manifestarse como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades en la concentración. No obstante los cambios significativos en la inteligencia se apreciarían a partir de los 70 años. Existen dos tipos de inteligencia; la fluida, que se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Puede verse disminuida sobre todo en tareas que impliquen concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo; y la cristalizada, que no se modifica con el paso de los años. Está relacionada con los conocimientos adquiridos previamente. (14)

3) **Memoria.** La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se mantiene conservada. Es la memoria reciente la que empieza mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor. (14)

4) **Lenguaje.** La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido. (14)

5) **Afectividad emocional.** La vejez está marcada por las pérdidas (familiares, laborales, sociales, físicas, etc.). La afectividad depende de la personalidad del



propio individuo y de su capacidad para enfrentarse a los cambios y pérdidas.  
(14)

## 2.2.2 REDES DE APOYO

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía la red informal como un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y el proveedor como importantes. Cobb (1976), citado en Chappell (1992), concebía la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información. Walker y otros (1977) definieron las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire (1980) se refirió a las redes como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. (15)

### 2.2.2.1 Tipos de redes de apoyo

Existen diferentes formas de tipificar las redes sociales. Entre los criterios para clasificarlas figuran los tipos de intercambio y las interconexiones entre los miembros. De acuerdo con el primer criterio, en Lomnitz (1994) se señala que según Polanyi y Dalton (1968), existirían tres tipos de redes (16):

- **Redes Primarias:** la conforman la familia, los amigos y los vecinos
- **Redes Secundarias o Extra familiares:** son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio.
- **Redes Institucionales o formales:** integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal). (16)



### 2.2.2.1.1 Redes Primarias

Es importante que las familias cuenten con la información, porque es dentro de los hogares; que sería el lugar en donde puede satisfacer una gran variedad de necesidades, por ejemplo (16):

1. **De socialización:** entendiéndolo por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior.
2. **De cuidado:** entendido como la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros.
3. **De afecto,** es decir, las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.
4. **De estatus económico,** concebida como el establecimiento del patrimonio o de la economía que da el sustento financiero a la familia. (16)

### 2.2.2.1.2 Redes Secundarias

En los últimos años, han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras cosas, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren, intercambian diferentes apoyos. (16)

### 2.2.2.1.3 Redes Institucionales o Formales

La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información. (16).

Las instituciones públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente



que sin los apoyos proporcionados desde la red institucional las familias, los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que esta red de apoyo proporciona. (16)

Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas y otra clase de servicios impulsados para procurar el bienestar de las ancianas y los ancianos.

### **2.2.3 DEPRESIÓN**

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como un trastorno frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (2)

#### **2.2.3.1 Epidemiología de la Depresión**

La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres. El riesgo de padecer una depresión grave incrementa 1,5 a 3,0 veces si la enfermedad la padecen parientes en primer grado, en comparación con aquellos cuyos familiares en primer grado no la padecen.

En Ecuador, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas más graves de este siglo. Se estima que 1 de cada 5 personas la sufren en un momento dado de su vida, pudiendo afectar a niños, adolescentes, adultos y ancianos. (17)

#### **2.2.3.2 Historia y Depresión en el mundo:**

La depresión es un trastorno afectivo, en sus inicios era conocido como “Melancolía”, la depresión aparece descrita en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad, y se la conoce con Hipócrates (460-357a.c.), quien la describe como una enfermedad de origen natural. En 1725, el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. (18)

Los índices de depresión varían mundialmente El índice de prevalencia en Japón es del 3 % y en Estados Unidos del 16.9%, mientras que en la mayoría de los



países se ubica entre 8% y 12%. La falta de criterios en el diagnóstico y chequeos dificulta la comparación nacional. Adicionalmente, las diferencias culturales y los factores de riesgo afectan la expresión del trastorno cerebral. Sabemos que los síntomas de la depresión pueden ser identificados en todas las culturas. La depresión es tres veces más común en mujeres que en hombres, aunque algunos estudios en África no han demostrado lo anterior. Además si se tiene en nuestro círculo familiar a alguien con este trastorno cerebral, hay una mayor posibilidad de desarrollar depresión en algún momento de tu vida. (17)

Tener una combinación de estos factores de riesgo incrementa la posibilidad de desarrollar depresión. Por ejemplo, una reciente encuesta en Estados Unidos encontró que ser mujer, nativo americano, en la etapa media de su vida, viudo, separado o divorciado y con bajos ingresos te coloca en un riesgo mayor de tener depresión, mientras que ser asiático, hispano o afro estadounidense disminuye este riesgo. (17)

Tener depresión es un factor de riesgo para otros trastornos que incluyen abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, enfermedades cardiovasculares, SIDA y diabetes. La depresión es un importante factor de riesgo para el suicidio. (17)

### **2.2.3.3 Etiología**

Dentro del aspecto neuroendocrino por presencia de anomalías en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, puesto que existe un aumento del factor liberador de la corticotropina en el plasma y líquido cefalorraquídeo. (18)

También entre los aspectos genéticos y familiares, algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se pueda heredar una predisposición biológica. Dentro de las causas bioquímicas cerebrales, se da por cambios en las monoaminas cerebrales. La teoría de las catecolaminas, menciona que ante la presencia de depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina, así como también un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en esta etiología, entre los factores psicológicos; se encuentra la poca autoestima, y dentro de los factores sociales está el abandono, la soledad, aislamiento. (19)



#### 2.2.3.4 Factores de Riesgo:

**Sexo:** Las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales, cambios físicos, etc. (20)

**Historial Familiar:** Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso, y violencia. (20)

**Factor Genético:** Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados. (20)

**Condiciones Médicas:** Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general. (20)

**Factores Socioeconómicos y Étnicos:** Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada; esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares. (20)

**Eventos Estresantes en Personas Susceptibles:** La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen. (20)

**Diferencias según el sexo:** se ha comprobado que en las depresiones como: la DISTIMIA, la UNIPOLAR y las depresiones BIPOLARES, existe una relación de 2/1 de mujeres sobre hombres. Esta diferencia puede explicarse por varias razones como (17):

1. A niveles de estrés similares, las mujeres están más vulnerables que los hombres.
2. Por varias razones socioculturales, las mujeres están más predispuestas.



3. Debido al alcohol los hombres pueden llegar a manifestar depresión.
4. El papel que desempeña la mujer dentro de la sociedad, provoca niveles altos de pasividad y de pendencia, dando como consecuencia una susceptibilidad de sufrir depresión.

Según Chávez O, Samaniego Z, y Aguilar Z, en un estudio realizado para el “Manual de Atención Primaria en Salud Mental”, dentro del estado civil; existe menor frecuencia de depresión en casados por relaciones emocionales estables. En cuanto a la clase social; el soporte social es un buen factor de estabilidad emocional, siendo más frecuente en las clases bajas con menos educación y que desempeñan trabajos menos calificados, que en las clases sociales altas, en donde hay un ligero predominio de depresión bipolar. Si nos referimos al medioambiente; en las zonas urbanas es más frecuente la depresión menor y unipolar. (17)

#### 2.2.3.5 Tipos de Depresión

Partiendo de que la depresión es un trastorno cerebral que puede presentarse de distintas formas, con un diagnóstico específico clínicamente las dividen en 3 tipos de depresión (21):

1. **Depresión Unipolar o depresión mayor:** esta se manifiesta por una combinación de síntomas que dificultan la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades antes placenteras.
2. **Distimia o depresión menor:** esta es menos severa, aparece también como una depresión crónica, que influye síntomas crónicos a largo plazo, no son tan incapacitantes pero sin embargo impiden el funcionamiento normal y el bienestar de la persona.
3. **Trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maniaco-depresiva:** donde periodos de depresión son combinados con fases de ánimo elevado o eufórico (manía), con cambios de comportamiento repentinos y extremos. Cuando una persona se encuentra en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas depresivos, y cuando está en la fase maniaca la persona puede



estar hiperactiva y hablar excesivamente. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con respecto a los otros.

### **2.2.3.6 Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor**

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano, por el contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, mal pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros aunque, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, debido a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario.

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas; el ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. (22)

### **2.2.3.7 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE**

Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. Esta evaluación se aplica a pacientes ancianos y se enfoca al estado de ánimo. (23). Consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días; excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores que podrían limitar la validez del cuestionario, y se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo, en donde un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

### **2.2.4 DEPENDENCIA**

Estado en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de



autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria y, de una manera particular, lo referente al cuidado personal. (24)

La diferencia entre enfermedad y dependencia, no presenta límites claros; la enfermedad no siempre se manifiesta como una situación de dependencia en la persona. El grupo de personas dependientes en su gran mayoría lo comprenden personas ancianas, aunque también están comprendidos como dependientes los enfermos crónicos y los dementes.

La existencia de dependencia no se basa solo en el cumplimiento de una definición técnica o de la identificación de un determinado diagnóstico de enfermedad, sino más bien, es el resultado de un examen individualizado donde se valore la capacidad funcional de la persona para responder a las demandas de su entorno habitual. Esta capacidad funcional comprende todas las dimensiones del sujeto: físicas, sociales y psicológicas; como consecuencia de ello, las personas necesitadas de cuidados, serán aquellas que presentan una capacidad funcional por debajo de sus requerimientos.

#### **2.2.4.1 Discapacidad**

La Clasificación Internacional de Funcionamiento de Discapacidad y de la Salud (CIF) define a: la discapacidad como la deficiencia, la incapacidad y la minusvalía relacionada con las funciones, estructuras corporales, y las actividades, participación y factores ambientales. Taxonómicamente la “Discapacidad es un término genérico, que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (ambientales y personales)” (25)

#### **2.2.4.2 Factores de Riesgo**

El ingreso en la categoría de dependiente se produce por múltiples factores (24):



### Psicológica:

- Variables endógenas que crean en el sujeto incapacidad de generar nuevas respuestas humanas que le ayudan a mantener una vida personal y social activa, autopercepción y depresión. (24)

### Social:

- Percepción de los demás, falta de recursos socioeconómicos, personales y de infraestructura.
- Perspectiva Individual: Indicadores de vida social que el sujeto ha modificado o que nunca ha podido practicar, la persona no mantiene relaciones con amigos, familiares, presenta dificultad para acceder a recursos del entorno, tiene carencia de actividades de ocio, tiene una vida social pobre que se caracteriza, por el aislamiento social.
- Perspectiva Grupal: Red de soporte social que el sujeto dependiente tiene, en doble sentido: cantidad y calidad, sistema de apoyo dispuestos a ofrecer vínculos. (24)

### Física:

- Valoración clínica y funcional, pérdidas sensoriales, procesos de alteración de salud que afectan a la capacidad de deambular y al autocuidado en general, procesos psiquiátricos y neurodegenerativos, crónicos que actúan en la capacidad funcional, edad avanzada. (24)

#### 2.2.4.3 Grados de Dependencia

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización. (24)

**Dependencia Severa:** Son individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones: Individuos Postrados. Que son aquellos confinados a su cama, sujetos que presenten Demencia de cualquier grado, presencia de incapacidad para efectuar las



Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (24)

**Dependencia Moderada:** La necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre. La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones: incapacidad para bañarse, requiere siempre ayuda para efectuar 2 Actividades Básicas de la Vida Diaria, y 3 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (24)

**Dependencia Leve:** La dependencia leve se ha definido como: incapacidad para efectuar 1 Actividad Instrumental de la Vida Diaria, y necesidad de ayuda para efectuar 1 Actividad Básica de la Vida Diaria, y 2 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. (24)

#### 2.2.4.4 Niveles de Dependencia

La dependencia siempre va a depender de las características de la persona y sus necesidades de acuerdo a sus capacidades, para la evaluación funcional se clasifican en tres niveles (26):

1. **Nivel 1:** Cuando el adulto mayor sea dependiente para las actividades de la vida diaria (AVD).
2. **Nivel 2:** cuando el adulto mayor es independiente para las actividades de la vida diaria (AVD), pero dependiente para alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. **Nivel 3:** cuando el adulto mayor sea independiente para todas las actividades.

#### 2.2.4.5 Parámetros para medición de la Dependencia

Existen parámetros metodológicos de mayor importancia cuando se intenta medir y/o proyectar la dependencia. La primera se refiere a qué entendemos por una persona dependiente y segundo, a cuán dependiente es la persona.



Existen dos ámbitos a partir de los cuales se define la dependencia. Una es lo que se llama las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) tales como vestirse, comer o asearse y las que se engloban en el concepto de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), tales como comprar o preparar comida. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria fueron en un principio propuestas con el objetivo de servir de predictores de la dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

#### **2.2.4.6. ESCALA DE DEPENDENCIA GERIÁTRICA –TEST DE KATZ**

Creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living. (27)

En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. Este test ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. También se ha utilizado para comparar resultados de diversas intervenciones, predecir la necesidad de rehabilitación y con fines docentes. (27)

Este instrumento evalúa la capacidad funcional del adulto mayor, para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Consta de 6 ítems dicotómicos que son: lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación; cada uno de estos consta a su vez de 3 ítems opcionales de respuesta. Presenta 8 niveles posibles de puntuación (27):



- a) Independiente en todas las funciones.
- b) Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- c) Independiente en todas, salvo lavado y otras.
- d) Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras.
- e) Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete y otras.
- f) Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otras.
- g) Dependiente de las seis funciones.

#### **2.2.4.7 ESCALA DE DEPENDENCIA GERIÁTRICA –TEST DE LAWTON Y BRODY**

Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y Actividades Instrumentales de la Vida Diraria en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. (27)

Este es un instrumento que evalúa la capacidad funcional del adulto mayor, para realzar las actividades básicas de la vida diaria, valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía). La información se obtendrá de un cuidador fidedigno, se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos, la máxima dependencia estaría marcada por la obtención



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total. La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4. (27).



### CAPÍTULO III

#### 3. OBJETIVOS:

##### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar la relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016.

##### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas del adulto mayor en el centro de Salud de Barrial Blanco.
- Identificar los niveles de depresión del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud de Barrial Blanco.
- Identificar las formas de dependencia presentes en el adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud de Barrial Blanco.
- Relacionar la depresión con los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud de Barrial Blanco.



## CAPÍTULO IV

**4. DISEÑO METODOLÓGICO****4.1 Tipo de estudio:**

El presente estudio es descriptivo, transversal y correlacional.

**4.2 Área de estudio:**

El Centro de Salud Barrial Blanco, se encuentra ubicado en la provincia del Azuay, perteneciente al cantón Cuenca, Parroquia San José del Vecino, localizado en la Av. Barrial Blanco, entre las calles Obispo Ordoñez Crespo y Padre Moreno, detrás de la iglesia Domingo Sabio Ciudadela la católica, pertenece al Distrito de salud 01D01. El Centro de salud cuenta con una población total de 13.245 personas. La población total adulta Mayor es de 915 personas, con una cobertura anual de 237 y concentrado de 22,7.

Antiguamente el Centro de salud funcionaba en una casa del pueblo pero debido al incremento de usuarios y por la falta de espacio físico la directora de la unidad operativa, de nacionalidad española en 1988 inicia gestiones para la construcción del Centro de salud, dicha construcción fue realizada gracias a la colaboración de la municipalidad de Cuenca. El Centro de Salud se termina de construir con la ayuda de FASBASE en el año de 1995.

En la actualidad el área de estudio cuenta con la atención de 5 médicos, 2 odontólogos, 3 licenciadas en enfermería, 1 Sra. auxiliar de farmacia, 1 Sra. de estadística y 2 internas de enfermería.

**4.3 Universo y muestra:**

El universo existente en el Centro de salud de Barrial Blanco, personas adultas mayores de 65 años en adelante, es en total de 915 usuarios.

**Calculo de muestra:**

$$n_0 = \frac{NZ^2 p.q}{E^2 N + Z^2 pq}$$



$$N_0 = 915(1,96)^2(0,5 \times 0,5)$$

$$(0,05)^2 (915) + (1,96)^2 (0,5 \times 0,5)$$

$$N_0 = 915(3,84)(0,25)$$

$$(0,0025)(915) + (3,84) (0,25)$$

$$N_0 = \frac{(3513.6)(0,25)}{2,28 + 0,96} = \frac{878.4}{3,24} = 271 \quad \text{Adultos mayores}$$

**AJUSTE DE MUESTRA**

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$N = \frac{271}{1 + 271/915} = \frac{271}{1,29} = 209 \quad \text{Adultos mayores}$$

La muestra será de 209 Adultos mayores, esta es representativa y nos permitirá inferir a la población los resultados obtenidos en la investigación

**4.4 Criterios de inclusión**

Adulto mayor de 65 años o más, que pertenezca y asista al Centro de salud del Barrial Blanco, de ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico y que acepte contestar el cuestionario por medio de un consentimiento informado.

**4.5 Criterios de exclusión**

- Toda persona menor de 65 años.
- Adulto mayor de 65 años o más que no asistan ni pertenezcan al centro de salud Barrial Blanco.
- Adultos mayores de 65 años o más que no acepten contestar el cuestionario por medio del consentimiento informado.
- Adulto mayor de 65 años o más que no cuenten con las capacidades físicas o mentales para indicar su consentimiento, y contestar el cuestionario.



#### 4.6 Variables:

- Depresión
- Dependencia
- Ocupación
- Estado civil
- Edad
- Sexo
- Área Residencial
- Instrucción

#### 4.7 Métodos Técnicas e Instrumentos:

##### Métodos:

- **Método clínico:** se utilizara para examinar cada uno de los casos.
- **Método estadístico:** el cual permitirá llevar mediante datos estadísticos los avances y resultados de la investigación.

##### Técnicas:

- Test de valoración
- Encuesta

##### Instrumentos:

**Test de Yesavage:** Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años, y se enfoca en el estado de ánimo. En su versión abreviada consta de 15 preguntas, que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y son negativas en los



Ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Su puntuación corresponde:

0 – 5 puntos: Depresión Leve.

6 – 10 puntos: Depresión Moderada.

11 – 15 puntos: Depresión Severa.

**Escala de valoración de KATZ:** Este es un instrumento que evalúa la capacidad funcional del adulto mayor, para realzar las actividades básicas de la vida diaria. Consta de 6 ítems dicotómicos que son: lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación; cada uno de estos consta a su vez de 3 ítems opcionales de respuesta. Presenta 8 niveles posibles de puntuación:

- h) Independiente en todas las funciones.
- i) Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- j) Independiente en todas, salvo lavado y otras.
- k) Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras.
- l) Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete y otras.
- m) Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otras.
- n) Dependiente de las seis funciones.

Su interpretación se puede realizar de dos maneras: Considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Y la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que:

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.



Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

**Escala de LAWTON Y BRODY:** Esta escala se aplica al adulto mayor para medir la capacidad de desarrollar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Consta de 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía). En cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) ajustando de la mejor manera a la realidad del sujeto. La puntuación final es la suma del valor de todas las, por tanto:

0 = Dependencia Total

1 – 4 = Dependencia Severa

5 – 7 = Dependencia Moderada

8 = Independencia Total

#### **4.8 Procedimiento:**

##### **Fase 1.**

- Autorización para la investigación por parte de las autoridades involucradas, y participantes del centro de salud.
- Consulta y disponibilidad de guías.

##### **Fase 2.**

- Elaboración del protocolo.
- Diseño y preparación de instrumentos.

##### **Fase 3.**

- Aplicación de los test.



**Fase 4.**

- Tabulación y análisis de los datos estadísticos obtenidos.

**4.9 Plan de tabulación y análisis**

Una vez obtenida la información, se procedió a la revisión de los respectivos test, para verificar su validez, y se procedió a introducir los datos en el programa estadístico SPSS V23 para su tabulación y obtención de frecuencias y porcentajes, según el tipo de variables. Los resultados se presentan en tablas simples y gráficos, con sus respectivos análisis, según los objetivos planteados.

**4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos:**

El presente estudio no causó daño a ninguna persona, puesto que para su elaboración se realizó previamente el consentimiento informado, en el que se le indico al adulto mayor que haría, los riesgos, los beneficios, y el tiempo que va a invertir, y su participación fue previa a la firma del consentimiento informado. Los investigadores se comprometen a que los resultados de los estudios no serán manipulados para beneficios propios o ajenos, y será de fácil acceso, porque estará disponible en la biblioteca de la universidad.

**4.11 Recursos**

**4.11.1 Recursos humanos:**

**DIRECTOS:** Autores, directora y asesora.

**INDIRECTOS:** Adultos Mayores de 65 años en adelante, que acuden al Centro de Salud “Barrial Blanco” de la Ciudad de Cuenca.

**4.11.2 Recursos materiales:**

**Tabla Nº 1**

**Recursos Materiales**

<b>Rubro</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>
Copias	0,03	\$60



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

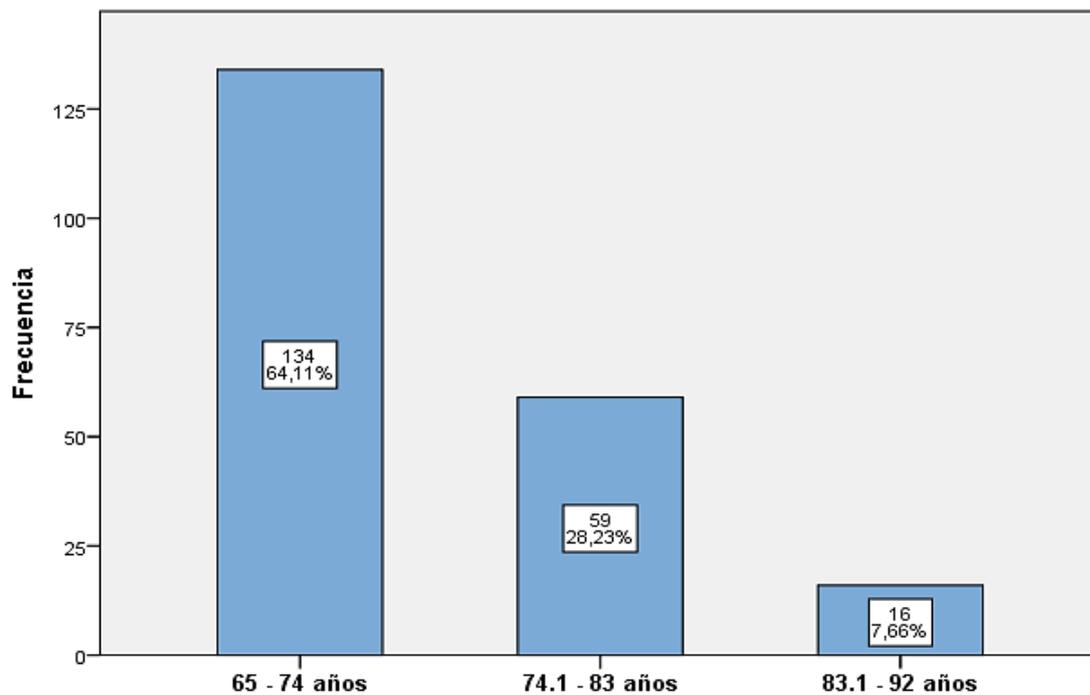
Impresiones	0.25	\$100
Anillado	3,00	\$12
Empastado	150.00	\$300
Transporte	2,00	\$100
Eferográficos	0.30	\$15
Otros		\$50
<b>Total</b>		<b>\$637</b>

**Elaboración:** Carolina Garzón, Andrés León

## CAPÍTULO V

## 5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Gráfico N° 1 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Barrial Blanco, según se Edad. Cuenca 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

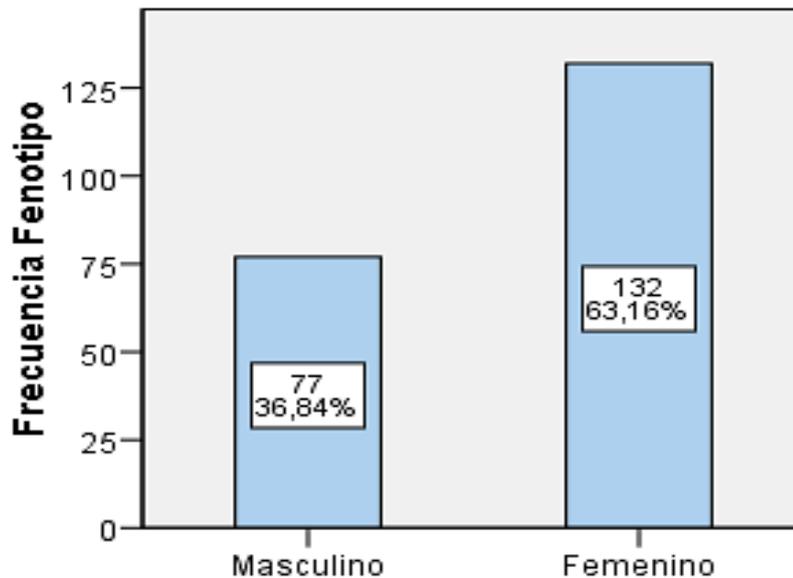
**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

Según datos de este estudio, el promedio de edad de las personas adultas mayores se sitúa en los 65 y 92 años aproximadamente y se distribuyen por decenios de edad. Como se observa, el 64,11% de la población de adultos mayores se encuentran dentro del decenio de 65 a 74 años, y finalmente el 7,66% de adultos mayores están entre 83,1 a 92 años, lo que significa que a mayor edad, mayor deterioro existen de las funciones físicas y psicológicas.

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), la esperanza de vida será de 75,2 años a 72,3 años para la población masculina y 78,2 para la población femenina., factor que se debe tomar en cuenta dentro de la planificación en salud, si consideramos que uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para las sociedades que experimentan la transición

demográfica, es el envejecimiento de cada adulto mayor y su proximidad a la edad de 80 años y más.

**Grafico N°2 Distribución de los adultos mayores del Centro de Salud Barrial Blanco, según su fenotipo. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

Como lo constata este estudio, de acuerdo al fenotipo, las personas adultas mayores, en su gran mayoría son mujeres. El 36,84% de la población adulta mayor son hombres, lo que corresponde a 77 personas, mientras que las 132 son mujeres, lo que representa el 63,16% de las personas adultas mayores. La provincia del Azuay (según INEC) se ubica como la segunda con mayor esperanza de vida; proyectando para el 2020, 76,1 años para los hombres y 81,9 para las mujeres, coincidiendo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para los próximos años.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

ANDRES LEÓN  
DIANA GARZON



**Tabla N° 2 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Estado Civil. Cuenca 2016.**

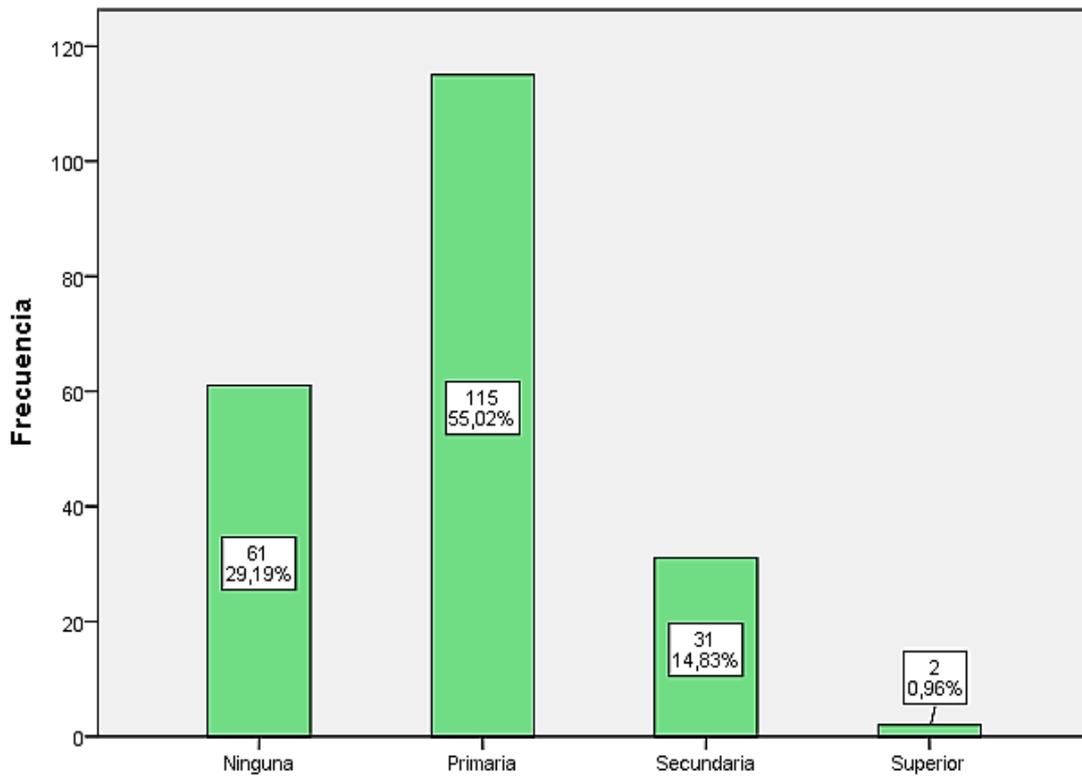
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	126	60,3
Soltero/a	16	7,7
Unión libre	8	3,8
Divorciado/a	19	9,1
Viudo/a	40	19,1
Total	209	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

Según el estado civil de los adultos mayores, el 60,29% están casados, lo que constituye un factor protector para los adultos mayores porque se forma una red de apoyo, que favorece a la vez la estructura y mejora el nivel de independencia, y el 3.83% viven en unión libre, factor protector porque favorece el desarrollo de afectividad que es una necesidad básica en esta propia edad.

**Grafico N° 3 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Instrucción. Cuenca 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

El 84,21% tienen un nivel de instrucción bajo, pues solo recibieron educación hasta 3° grado, y los otros ninguna educación, es decir no saben ni leer ni escribir, lo que forma un factor de riesgo para aplicar políticas de salud relacionadas con el autocuidado de salud mental, y la prevención de problemas de salud, además a menor escolaridad, mayor predisposición para depresión y dependencia, elementos que se tiene que tomar en consideración para la elaboración de políticas públicas y de bienestar para este grupo etario, y el 0,96% tiene instrucción superior, lo que constituye un factor protector y al mismo tiempo una ventaja por sobre los otros integrantes para el acceso a prácticas públicas.



**Tabla N° 3 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Ocupación. Cuenca 2016.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador activo	37	17,7
Labores del hogar	154	73,7
Ninguna	18	8,6
Total	209	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

Los datos obtenidos en este estudio, con respecto a la ocupación de los adultos mayores, el 91,4% se dedican a labores del hogar, y se mantienen como trabajadores activos lo que tiene impactos positivos en la seguridad económica de las personas adultas mayores y también supone enormes ventajas para su calidad de vida, constituyendo un indicador de bienestar e independencia, además es un factor protector que mejora la formación de redes de apoyo, en especial la red familiar. El 8,61% no realizan ninguna actividad porque son dependientes ya sea por estados mórbidos o por discapacidad, además su supervivencia está garantizada por el apoyo económico y social de la familia, pero a pesar de este apoyo, constituye un factor de riesgo para el adulto mayor, ya que no mantiene su funcionalidad, el ejercicio de roles, la valoración social y el sentimiento de autoeficacia y autonomía.



**Tabla N° 4 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Área Residencial. Cuenca 2016.**

Área residencial	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	198	94,7
Rural	11	5,3
Total	209	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León

En este estudio, el 94,74% de los adultos mayores viven en zona urbana, dada la ubicación de la unidad de estudio, mientras que el 5,26% de adultos mayores viven en zona rural, cabe mencionar que este último grupo tiene preferencias médicas personales y mejor acercamiento con el personal de salud de esta unidad operativa, esto coincide con los datos del INEC que manifiesta que el 65,26% viven en el área urbana y el 34,74% en el área rural.



**Tabla N° 5 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Nivel de Depresión. Cuenca 2016.**

<b>Nivel de Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión Leve	92	44,0
Depresión Moderada	88	42,1
Depresión Severa	29	13,9
Total	209	100,0

**Fuente:** Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón, Andrés León.

De acuerdo al Test de Yesavage aplicado, el 56% de los adultos mayores, presentan Depresión Moderada y Severa, lo que representa un factor de riesgo muy importante para la vida del adulto mayor, en el cual se tiene que intervenir de manera temprana puesto que estos niveles de depresión, están relacionados con cambios neuroendocrinos, neurofísicos, bioquímicos cerebrales, genéticos y familiares, factores psicológicos, y factores sociales, que es más frecuente y dos veces más en las mujeres que en los hombres, aumentando la vulnerabilidad de los adultos mayores y haciéndolos propensos a desarrollar enfermedades mentales y físicas.



**Tabla N° 6 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Nivel de Dependencia Funcional. Cuenca 2016.**

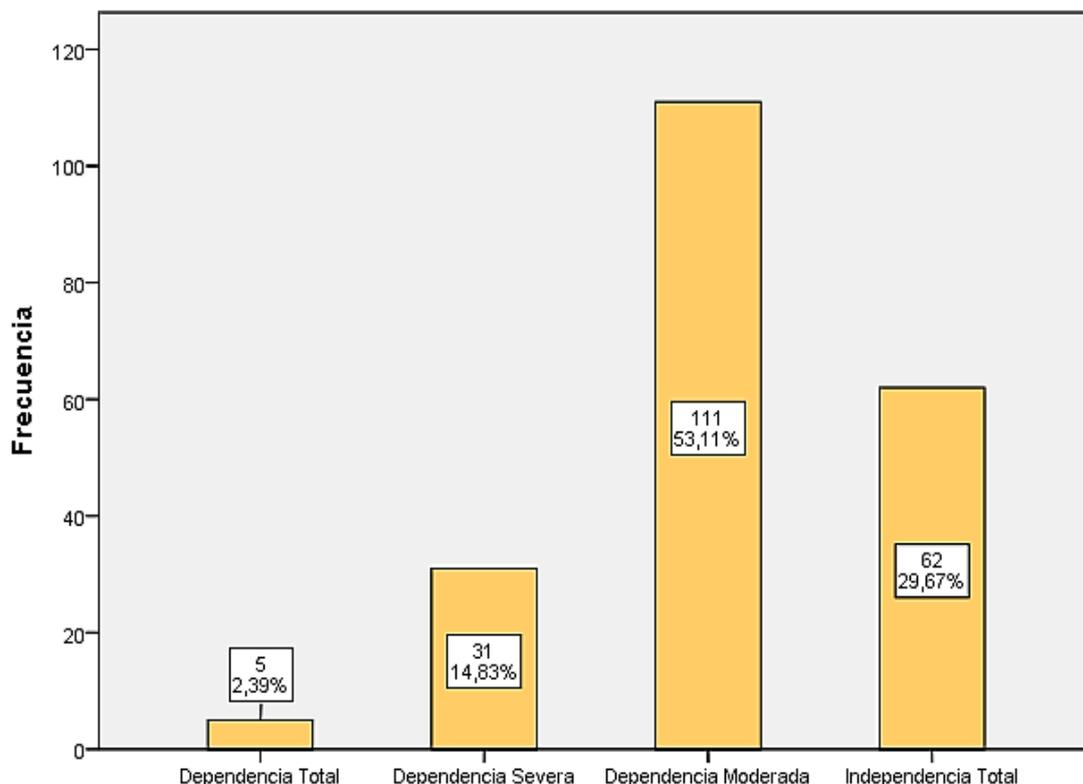
<b>Dependencia Funcional – ABVD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dependencia Leve	183	87,6
Dependencia Moderada	18	8,6
Dependencia Severa	8	3,8
Total	209	100,0

**Fuente:** Test de Katz

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Aplicando el Test de Katz (dependencia funcional) a los adultos mayores que acuden a consulta en el Centro de Salud del Barrial Blanco, obtuvimos que el 87,56% tienen dependencia leve, este mismo dato puede ser un factor protector si es utilizado como base para el desarrollo de políticas de salud que evitaren que el adulto mayor adquiriera un nivel más alto de dependencia y procurara que se mantenga en un nivel de dependencia leve. El 12,4% de los adultos mayores presentaron un nivel de dependencia moderada y severa representando así un factor de riesgo que afectaría la calidad de vida del adulto mayor y además es un limitante para el desarrollo de las redes de apoyo por la falta del cuidado afectivo.

**Gráfico Nº 4 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según su Nivel de Dependencia Instrumental. Cuenca 2016.**

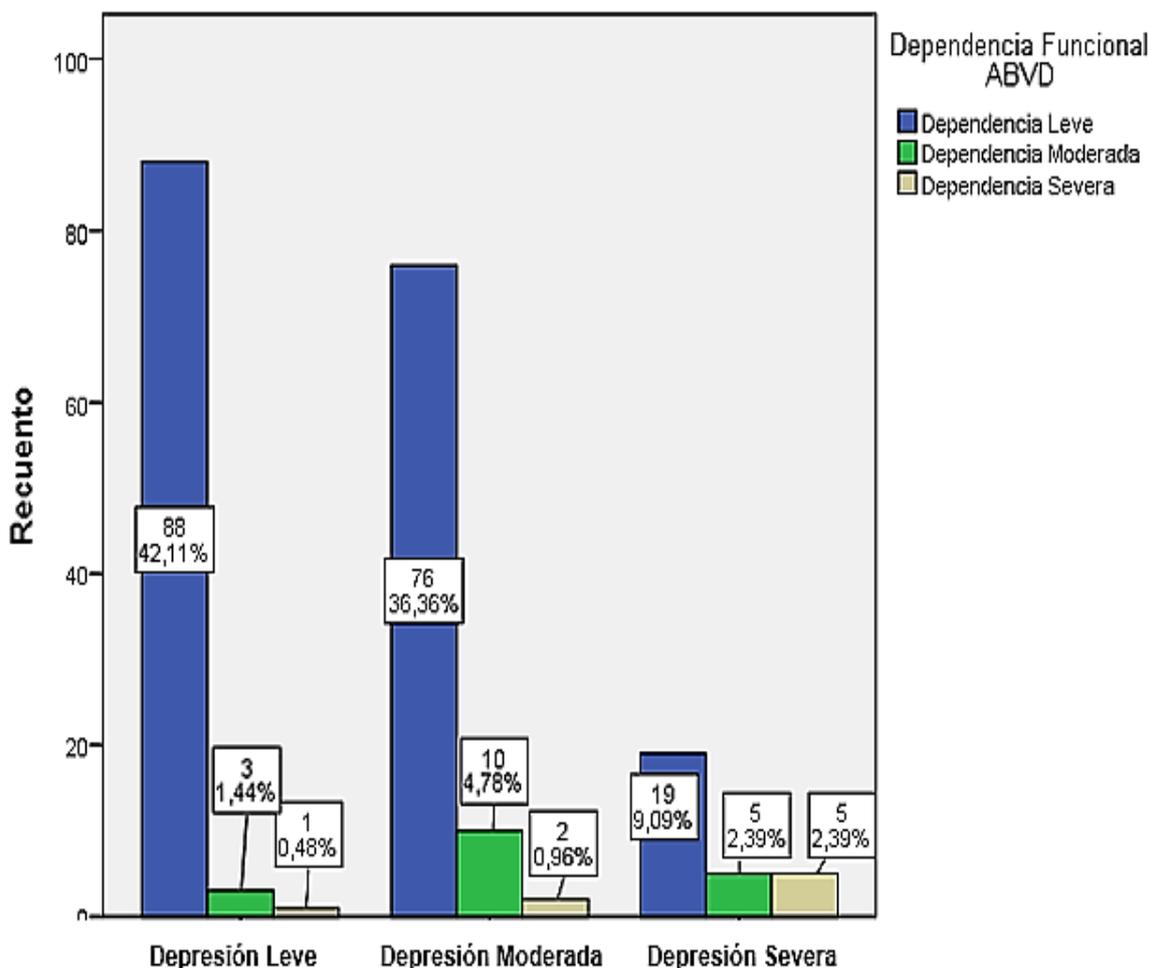


**Fuente:** Test de Lawton y Brody.

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Aplicando el test de Lawton y Brody (dependencia instrumental) a los adultos mayores que son parte de este estudio, el 53,11% tienen dependencia moderada, este porcentaje de adultos mayores representan un factor de riesgo puesto que el deterioro de la independencia está relacionada con factores sociales como la pérdida del contacto social y familiar, psicológicos como depresión, autoestima baja, y cambios físicos como: pérdidas sensoriales, procesos de alteración de salud que afectan a la capacidad de deambular y al autocuidado en general (osteoarticulares, cardiorrespiratorios, endocrinos, etc.), procesos crónicos que actúan en la capacidad funcional y la edad avanzada. Por lo que su intervención en este grupo poblacional debe ser de manera temprana para evitar que se sumen al 17,22% de adultos mayores que presentan un grado de dependencia severa y total.

**Gráfico Nº 5 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Dependencia Funcional. Cuenca 2016.**



**Fuente:** Test de Katz – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Relacionando la Depresión-Dependencia Funcional, se puede observar que de los adultos mayores con Depresión Leve, el 42,11%, presentaron un nivel de Dependencia Leve, y a su vez existe el 0,48% que presento Dependencia Severa, esto se debe a las características propias del envejecimiento que van presentando los adultos mayores conforme avanza su edad.

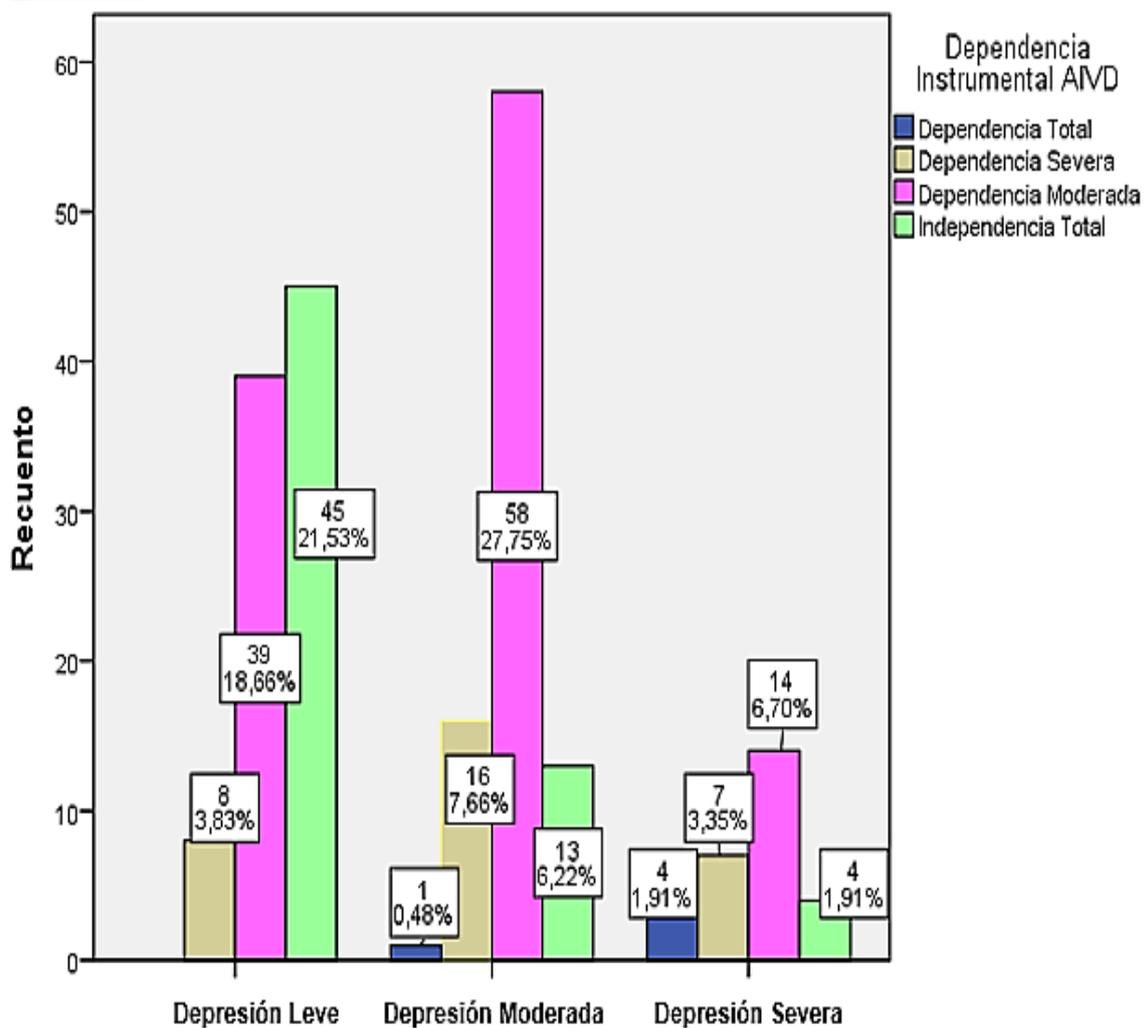
También es importante rescatar que de los adultos mayores con Depresión Severa, el 9,09% presentan Dependencia Leve, y el 2,9% presentan Dependencia Severa. Al comparar los niveles de Depresión Leve y Severa, con



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

la Dependencia Funcional, se observa que el nivel de Dependencia aumenta progresivamente según el grado de depresión, además la Dependencia Funcional aumenta si al deterioro psicológico se suma la disminución de la actividad física y la falta de redes de apoyo familiar y social como se explica en el marco teórico página 12.

**Gráfico Nº 6 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Dependencia Instrumental. Cuenca 2016**



**Fuente:** Test de Lawton y Brody – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En esta tabla con relación Depresión- Dependencia Instrumental de los adultos mayores encuestados con Depresión Moderada, el 27,75% presentan Dependencia Moderada, y el 0,48% Dependencia Total. Por otro lado, de los adultos mayores con Depresión Severa, el 1,91% presentaron Dependencia Total.

También, los adultos mayores que presentan Dependencia Moderada son el grupo mayoritario en este estudio, el 27,75% de ellos, presentan Depresión



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Moderada y el 6,70% tienen Depresión Severa con un mayor nivel de dependencia.

En este estudio es importante resaltar, que a medida que aumente el nivel de depresión, la independencia disminuye y aumenta la dependencia, demostrando así la relación entre la dependencia instrumental y los niveles de depresión.

**Tabla N° 7 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Depresión y Edad. Cuenca 2016.**

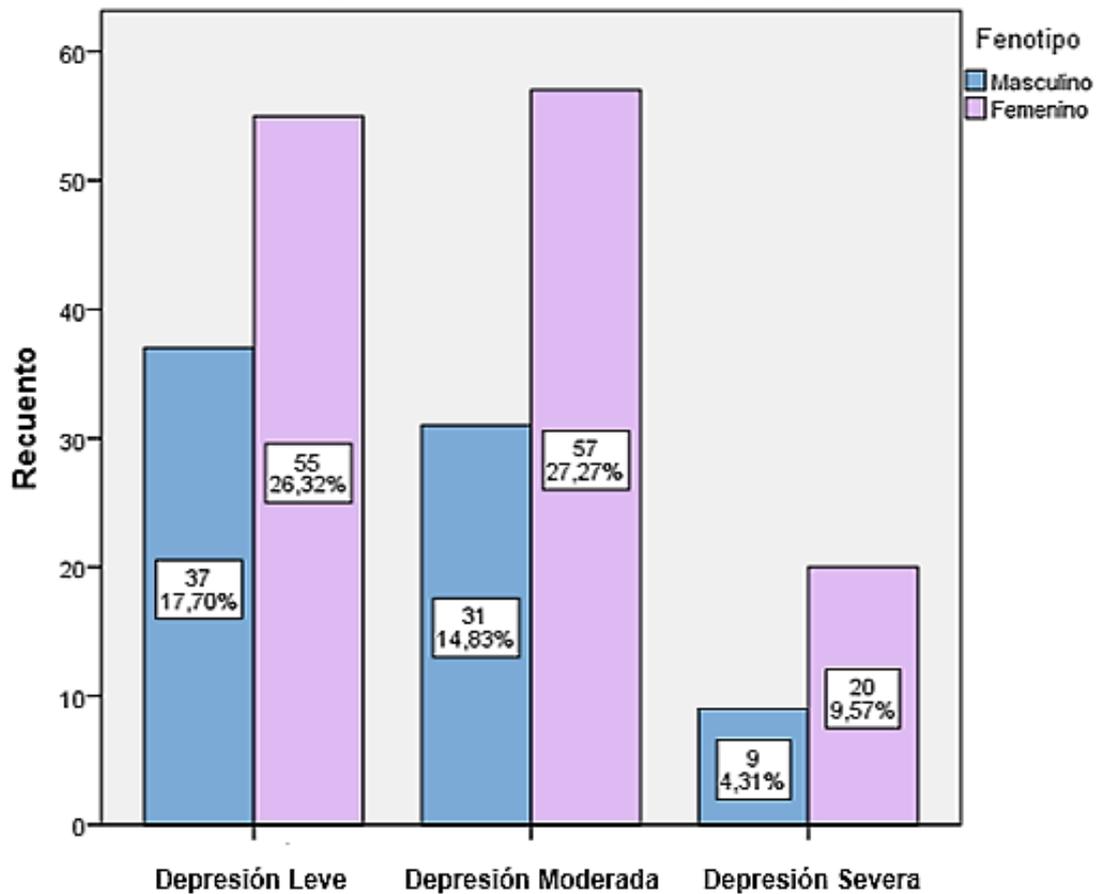
<b>Tabla cruzada Nivel de Depresión en adultos mayores y Edad de los adultos mayores</b>					
<b>Nivel de depresión en adultos mayores</b>		<b>Edad de los adultos mayores</b>			<b>Total</b>
		<b>65 - 74 años</b>	<b>74.1 - 83 años</b>	<b>83.1 - 92 años</b>	
<b>Depresión Leve</b>	Recuento	70	20	2	92
	Porcentaje	33,5%	9,6%	1,0%	44,0%
<b>Depresión Moderada</b>	Recuento	50	31	7	88
	Porcentaje	23,9%	14,8%	3,3%	42,1%
<b>Depresión Severa</b>	Recuento	14	8	7	29
	Porcentaje	6,7%	3,8%	3,3%	13,9%
<b>Total</b>	Recuento	134	59	16	209
	Porcentaje	64,1%	28,2%	7,7%	100,

**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

La población de adultos mayores comprendidos entre los 65 a 74 años, son los que predominan este estudio; siendo los que mayor nivel de Depresión llegan a presentar, con un 33,49% Depresión Leve, y el 6,70% presentan Depresión Severa. Por otro lado de los adultos mayores que tienen edades entre 83,1 y 92 años, solo el 1,0% presentaron Depresión Leve, mientras que el 3,3% presentaron Depresión Severa, observándose que la Depresión se torna más crítica conforme aumenta la edad por los cambios físicos y emocionales que atraviesan y deterioran su organismo, la pérdida del contacto social, y la falta de apoyo de redes familiares y sociales.

**Gráfico N° 7 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Fenotipo. Cuenca 2016**

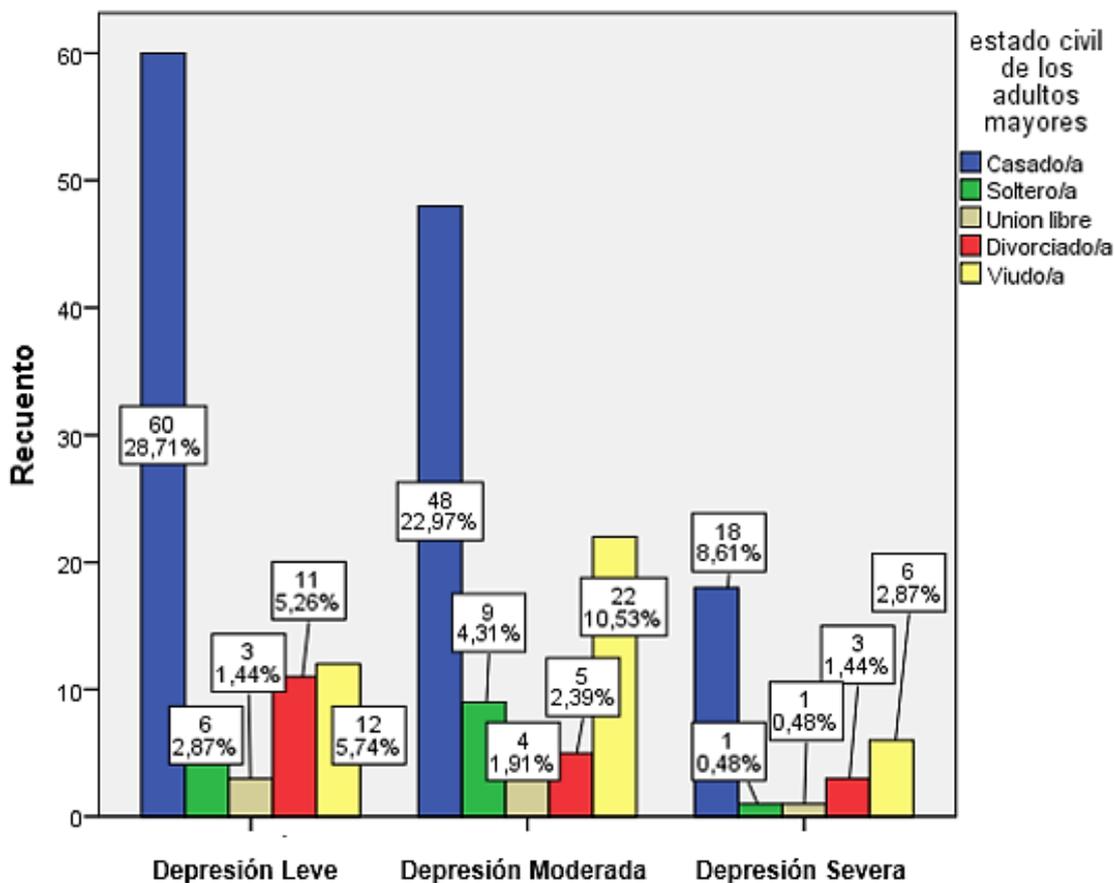


**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En esta tabla con relación Depresión-Fenotipo, se puede observar que las mujeres son las que presentan un mayor nivel de Depresión con un 27,27% de Depresión Moderada y el 9,57% tienen Depresión Severa. Lo que coincide con la revisión técnica, que manifiesta que la incidencia de depresión es mayor en las mujeres, porque estas están más expuestas a factores como sobrecarga física y emocional, violencia de género, bajo apoyo social, desvaloración social como sujeta autónoma, lo que conlleva a una depresión importante, deteriorando su salud mental y física. En cuanto a los hombres el 17,70% presentan Depresión Leve y apenas el 4,31% presentaron Depresión Severa.

**Gráfico Nº 8 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Estado Civil. Cuenca 2016**



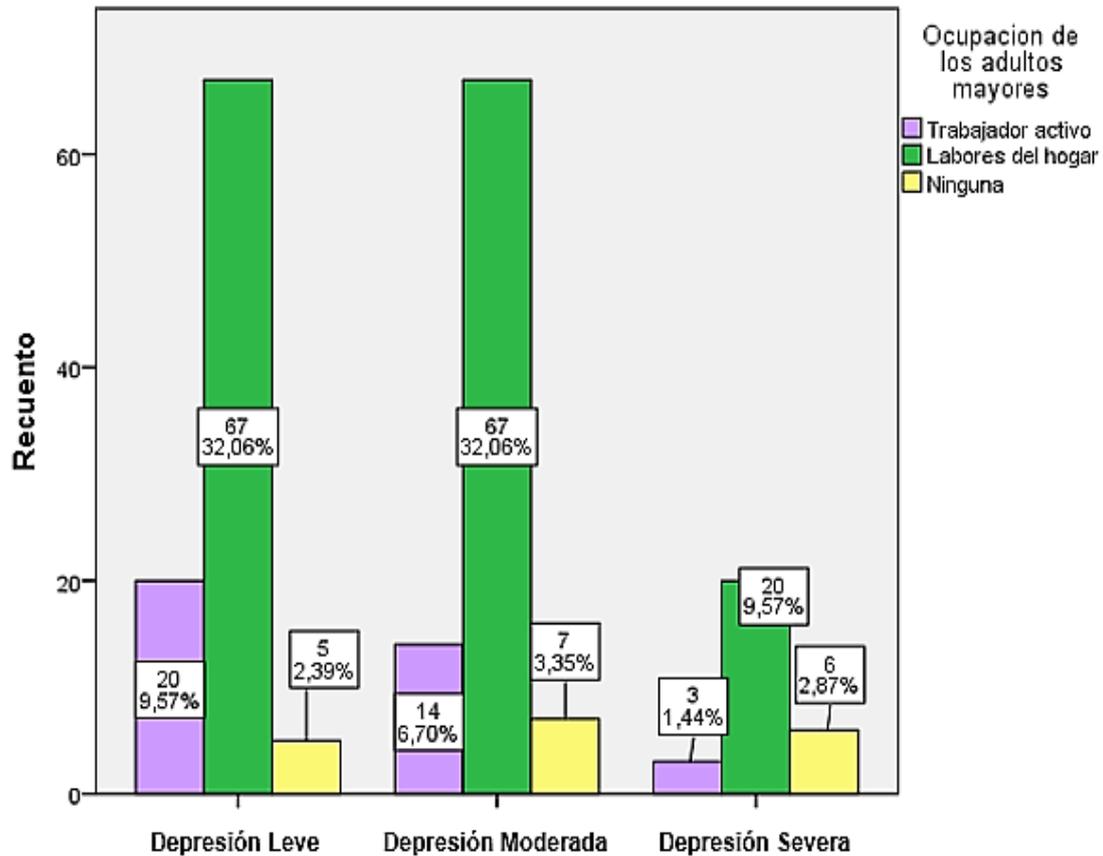
**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En esta tabla con relación Depresión-Estado Civil, se puede observar que los adultos mayores casados/as predominan este estudio, siendo así que un 28,71%, presentan Depresión Leve y el 8,61% tienen Depresión Severa. Por otro lado de los adultos mayores viudos/as el 10,53%, presentan Depresión Moderada y el 2,87%, presentan un nivel de Depresión Severa.

Al comparar estos dos grupos poblacionales (casados/as, viudos/as) podemos observar la importancia de la existencia de redes de apoyo, puesto que estos dos grupos son los que mayor nivel de depresión presentan, y esto se podría prevenir utilizando las redes de apoyo familiares y extra familiares ya que cuentan con el apoyo emocional, de socialización, de cuidado directo y el apoyo económico, los mismos que resultan ser factores protectores para la salud de los adultos mayores, la independencia y la autonomía.

**Gráfico Nº 9 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Ocupación. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En esta tabla con relación Depresión-Ocupación, se puede observar que los adultos mayores que realizan alguna Labor en el Hogar son los que predominan este estudio, con un 32,06% que presentan Depresión Leve y Moderada, y un 9,57% con Depresión Severa. Los adultos mayores que son Trabajadores activos, el 9,57% presentan Depresión Leve, y el 1,44% presentan Depresión Severa.

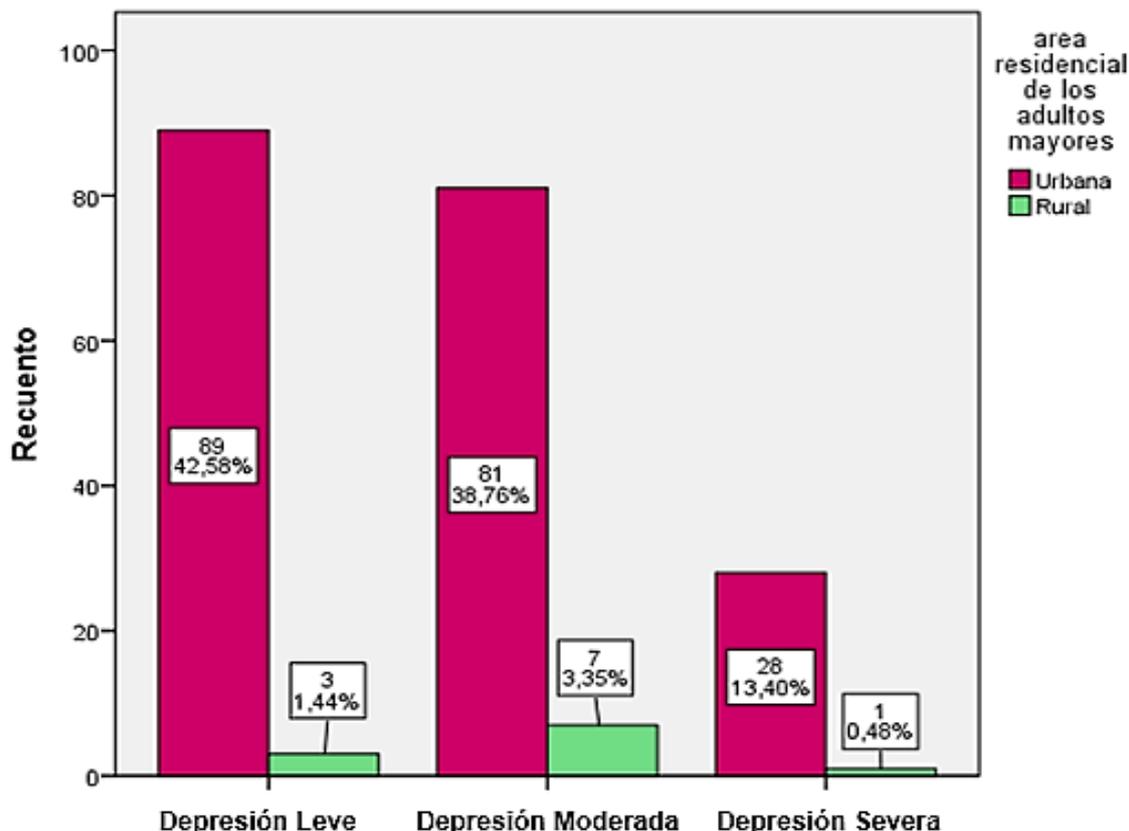
Los adultos mayores que se dedican a labores del hogar, en su mayoría lo representan jubilados/as, y amas de casa, quienes tienen mayor nivel de depresión, debido a que pierden su rol de trabajadores activos, ocasionando una serie de cambios significativos en cuanto a su economía, a las pérdidas de contactos sociales, y por ende a la disminución de la calidad de vida. Mientras



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

que los adultos mayores que son trabajadores activos su nivel de depresión es menor, puesto que suelen refugiarse la mayor parte del tiempo en su trabajo y a socializar sus problemas o sentimientos con sus compañeros. Pero así también el 1,44% de ellos, al presentar un nivel de Depresión Severa, demuestran que existen factores predisponentes como: situaciones de estrés, tensión, irritabilidad y cansancio laboral, pérdida de motivación, pérdida de interés en las actividades de la vida diaria, incapacidad para concentrarse y olvidos frecuentes, lo que deteriora su salud mental y física.

**Gráfico N° 10 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Depresión y Área Residencial. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Yesavage

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En la tabla que se presenta la relaciona de la Depresión-Área Residencial, dentro de los adultos mayores que participaron en este estudio predominan los habitantes en sectores Urbanos ya que el 42,58%, presentan Depresión Leve, y el 13,40% Depresión Severa. Mientras que los adultos mayores que residen en áreas Rurales, el 3,35% presentan Depresión Moderada, y el 0,48% Depresión Severa.

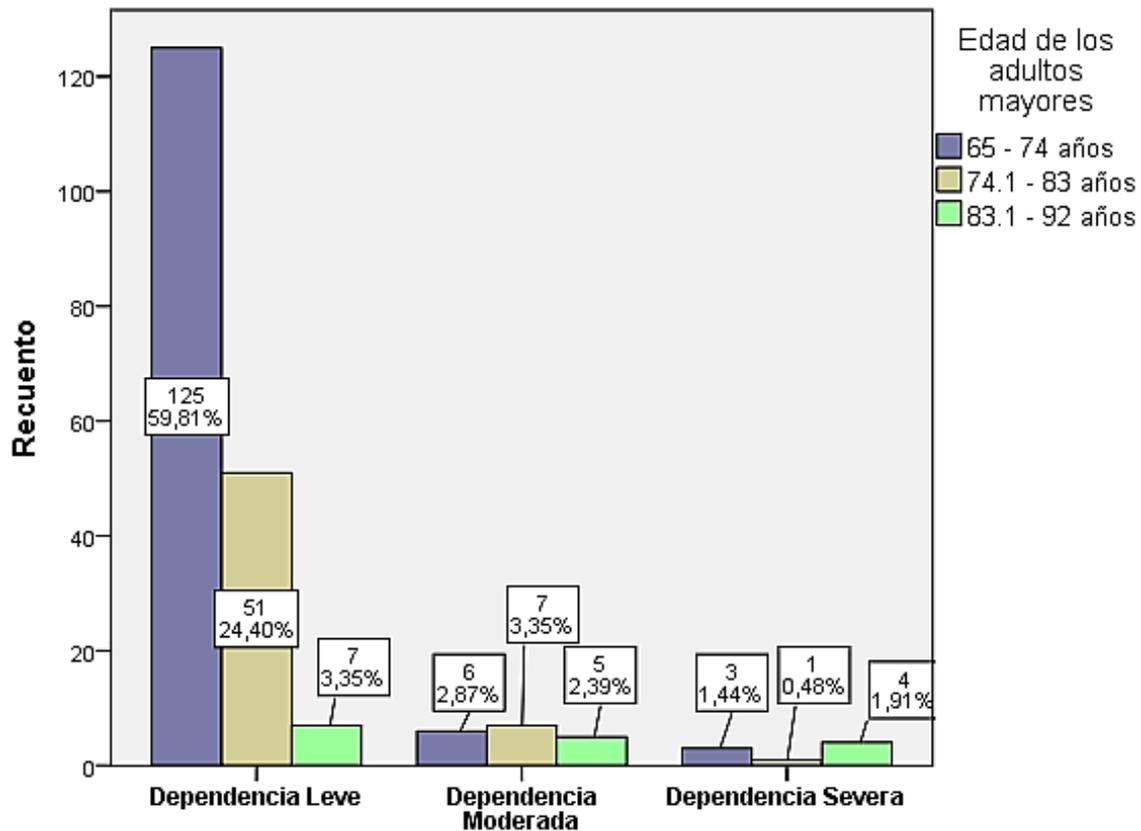
Con estos datos podemos analizar que los adultos mayores que viven en áreas urbanas están más afectados que los que viven en zonas rurales en cuanto a su depresión, y se debe a que al ser Cuenca una ciudad con mayor población urbana, la unidad de estudio por ende tiene población urbana, que está en contacto con factores predisponentes a la depresión como: aspecto económico bajo, falta de empleo, perdida del contacto familiar, contaminación ambiental,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

contaminación auditiva, aglomeramiento poblacional, etc. Sin embargo existe cierto número de adultos mayores que viven en zonas rurales, y que a pesar de la existencia de estos factores de riesgo, deciden acudir a esta unidad operativa por preferencias médicas y personales.

**Gráfico N° 11 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Dependencia Funcional y Edad. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Katz

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En esta se presenta la relación de la Dependencia con la Edad de los adultos mayores, y se puede observar que quienes tiene edades entre 65 a 74 años, tienen una Dependencia Leve en un 59,81%, y con el 1,44% Dependencia Severa. Por otro lado los adultos mayores con edades entre 83.1 a 92 años, el 3,35% presentaron Dependencia Leve y el 1,91% de ellos, demostraron Dependencia Severa.

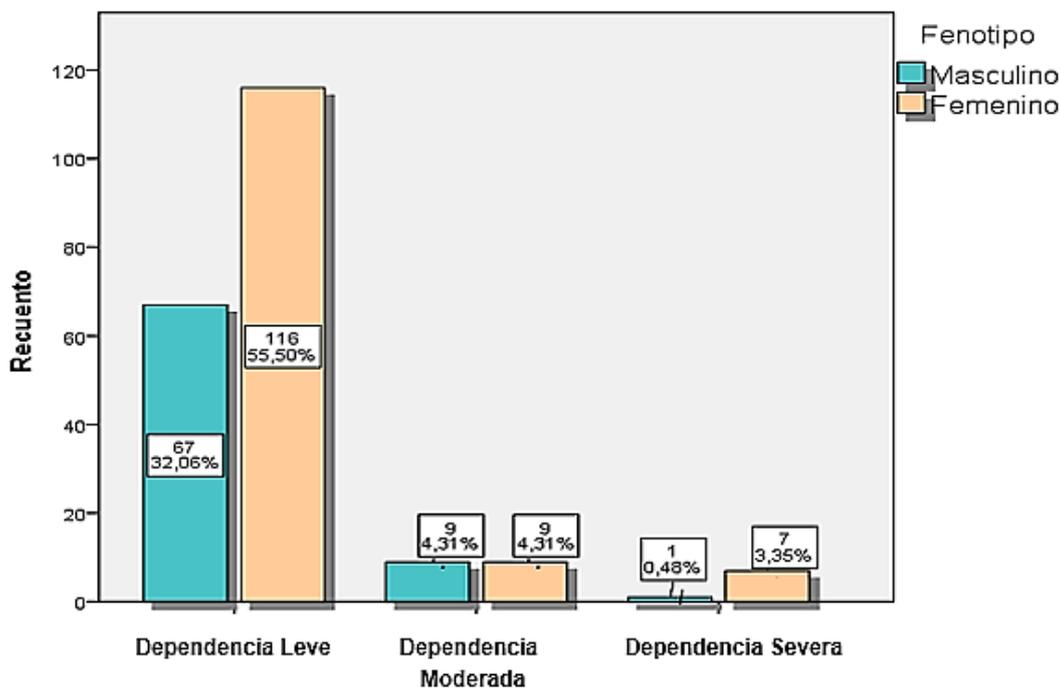
Con los datos antes expresados, se demuestra la relación directa de la Dependencia Funcional con la Edad de los adultos mayores, ya que conforme avanza la edad, los adultos mayores se tornan más dependientes llegando a presentar Dependencia Severa, y esto es debido al deterioro físico y mental que presentan como lo indican las teorías del envejecimiento, y las teorías de la



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

funcionalidad, en donde por estos cambios físicos que presenta hay un gran deterioro de su autonomía funcional, que lo convierte con un ser dependiente de la sociedad para sus actividades diarias, y con esto hace que el adulto mayor pierda rol en la sociedad y lo empuja a la atonía, además ellos están expuestos a varios factores predisponentes como, enfermedades catastróficas, perdidas de seres queridos, dificultad para el acceso a servicios y redes de apoyo, pérdida de contacto con la familia, entre otras.

**Grafico N 12 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Dependencia Funcional y Fenotipo. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Katz

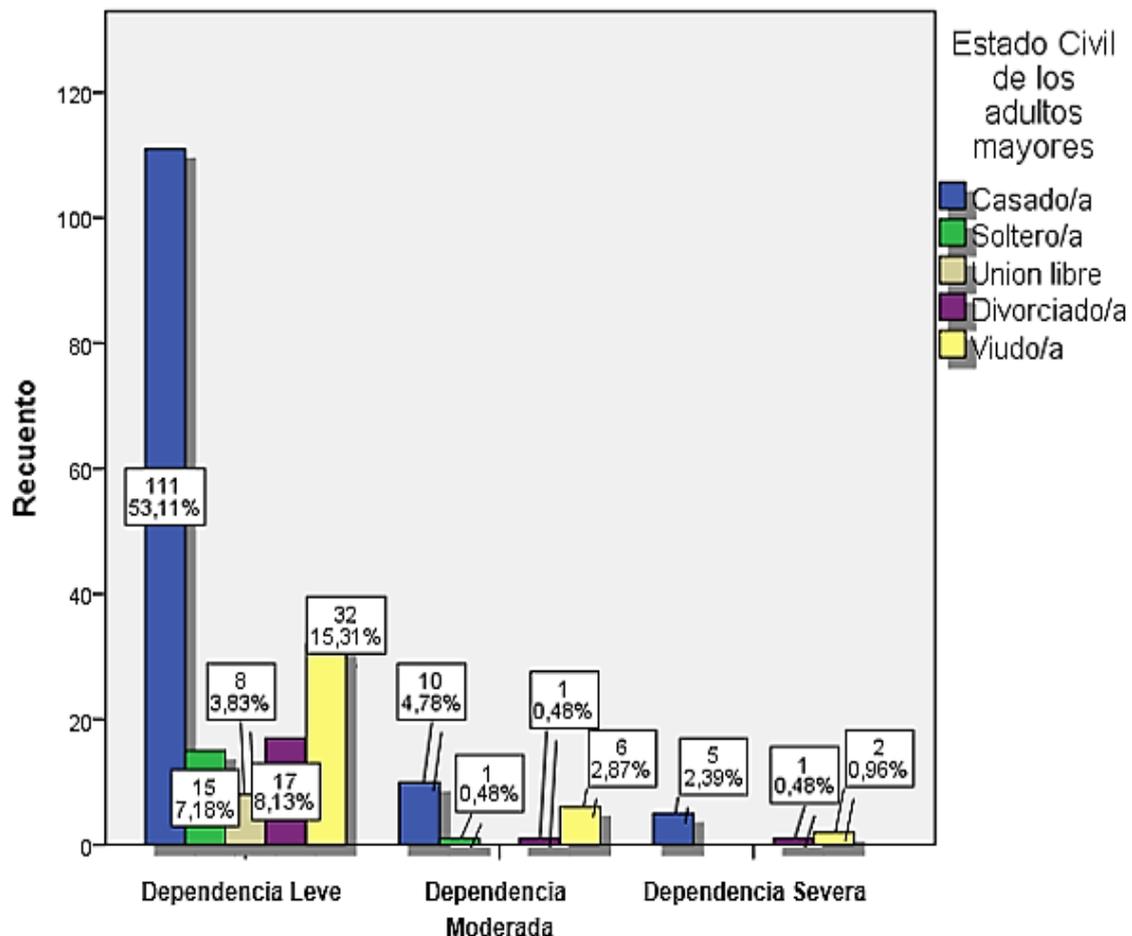
**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En la relación de la Dependencia Funcional con el fenotipo, se observa que las mujeres son las que más nivel de dependencia presentan a comparación de los hombre, ya que el 55,5% de ellas, tienen Dependencia Leve y el 3.35% presentaron Dependencia Severa, mientras que de los hombres, el 32,06% presentan Dependencia Leve y con un mínimo porcentaje de 0,48% Dependencia Severa.

Como se demostró en el grafico anterior, las mujeres son las que mayor nivel de Dependencia Funcional presentan debido a las especificidades del envejecimiento y a las diferencias entre el hombre y la mujer, que al llegar a la edad adulta mayor se concentran una serie de factores de riesgo que exponen a las mujeres en su mayoría a distintos tipos de dependencia. Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, es la mujer la que se ha encargado del cuidado del hogar y no solo en el aspecto afectivo, sino también en el aspecto económico,

lo que le produce el cansancio físico, emocional y psicológico, convirtiéndola en una persona vulnerable.

**Gráfico N° 13 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Dependencia Funcional y Estado Civil. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Katz

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

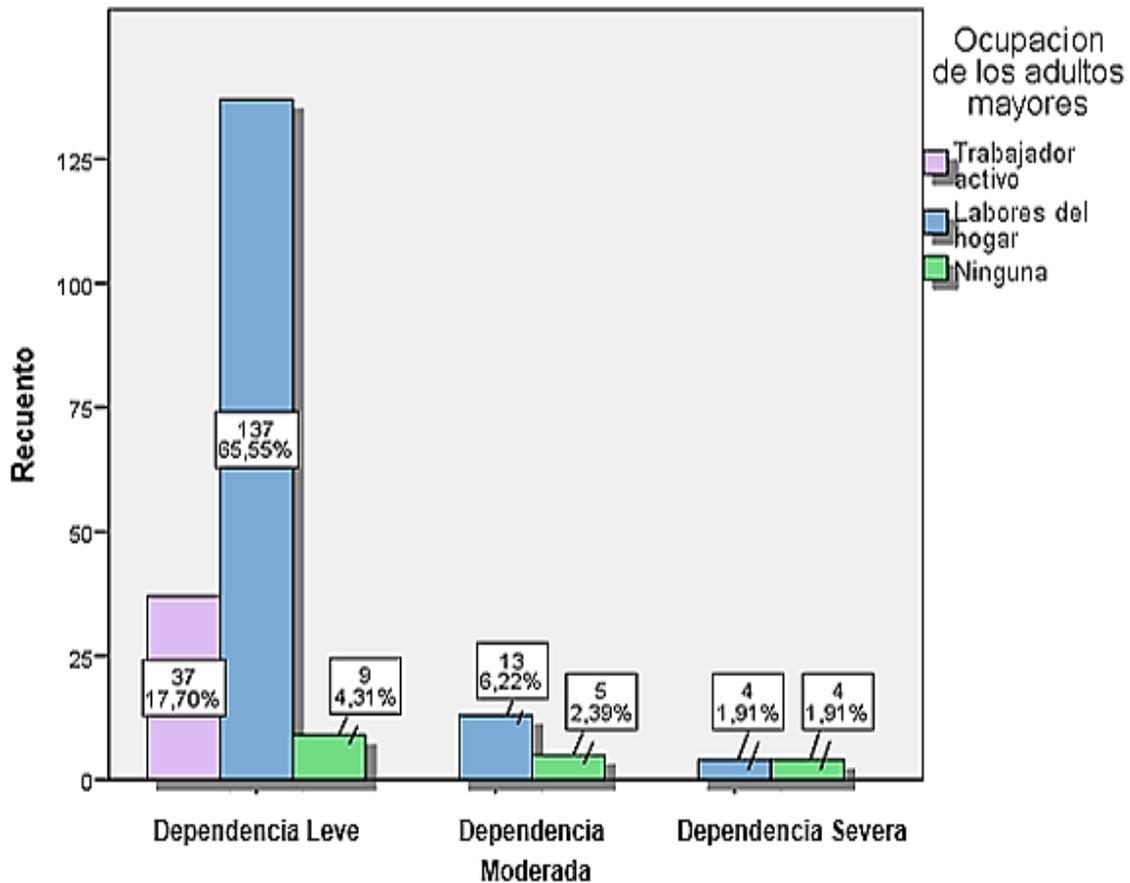
Como se puede observar la población adulta mayor que predomina esta categoría es la población casada ya que presentan el 53,1% Dependencia Leve y el 2,39% Dependencia Severa. Por otro lado su opuesto en cuanto a estado civil que sobresale en esta categoría, es la población adulta mayor viuda, ya que el 15,31% de ellos presentaron Dependencia Leve y el 0,96% Dependencia Severa.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Con esta relación se puede apreciar claramente la importancia de la existencia de las redes de apoyo, entre estas en especial la primaria como la red familiar ya que esta involucra la cohabitación que es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas adultas mayores, tanto de los hijos hacia ellos o de los padres hacia los hijos; es por esto que se observa que las personas casadas son las que menor porcentaje de dependencia Severa presentan. Por otro lado los adultos mayores viudos son propensos a desarrollar dependencia ya que están expuestos a la falta de apoyo por las redes de apoyo tanto principales como secundarias, lo que se convierte en factor de riesgo y predisponente puesto que ellos sufren el abandono por parte de sus hijos y la pérdida de un ser querido con el que convivía, y a más de sufrir los cambios emocionales y físicos, ellos tienen que afrontarlos solos.

**Gráfico N° 14 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Dependencia Funcional y Ocupación. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Katz

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En la relación de la Dependencia Funcional y la Ocupación de los adultos mayores, se puede observar que los adultos mayores que realizan solo las Labores del hogar, son el grupo dominante en esta relación, ya que el 65,5% presentan Dependencia Leve y 1,91% Dependencia Severa. Por otro lado, hay que rescatar que la población que no puede realizar Ninguna Actividad, es el segundo grupo en presentar mayores porcentajes puesto que el 4,31% presentan Dependencia Leve y el 1,91% Dependencia Severa.

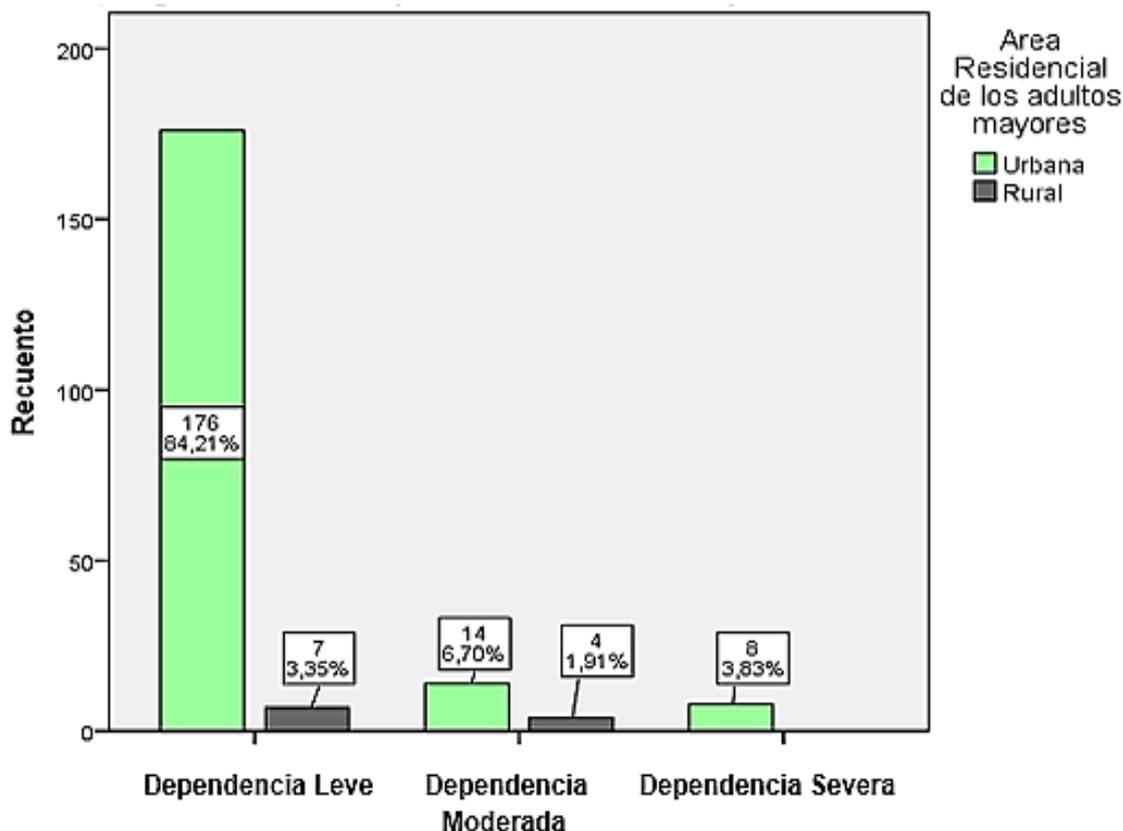
Para entender esta relación, es necesario mencionar a la Teoría de la Actividad que indica que si una persona desempeña un rol específico dentro de la sociedad según su rango de edad, no presentara anomia, la misma que se convierte en un factor predisponente para desarrollar Dependencia. Para evitar estos factores



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

predisponentes y evitar que los adultos mayores que no realizan alguna actividad o que se dedican a las actividades del hogar, se puede incluir a más de la atención médica la terapia ocupacional para mantener el adecuado funcionamiento locomotor y mental de los adultos mayores.

**Gráfico N° 15 Distribución de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Barrial Blanco, según la relación Dependencia Funcional y Ocupación. Cuenca 2016**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Katz

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

La población de adultos mayores que residen en una área Urbana, es la que con mayor frecuencia presenta un grado de dependencia puesto que el 84,21% presenta Dependencia Leve y el 3,83% Dependencia Severa. Mientras que los adultos mayores que viven en una área Rural, el 3,35% tiene Dependencia Leve y ninguno de ellos presenta Dependencia Severa.

Como se puede observar la dependencia en los adultos mayores es más frecuentes en quienes residen en las áreas urbanas que en los que viven en las áreas rurales, y esto se debe a el cambio en cambio del estilo de vida de la ciudad ya que esta tiene más factores predisponentes para desarrollar dependencia como el cambio económico, la falta de utilización de redes de apoyo y redes familiares, el estrés de la ciudad, el ruido, la contaminación, las normas y protocolos explícitos que se tienen que seguir en la ciudad, etc.



**Tabla Nº 8 Tabla cruzada: Distribución de los adultos mayores que acuden a consulta al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Dependencia Instrumental y Edad, Cuenca 2016.**

Capacidad de desarrollar AIVD	Edad de los adultos mayores				
		65 - 74 años	74.1 - 83 años	83.1 - 92 años	Total
<b>Dependencia Total</b>	Recuento	2	1	2	5
	Porcentaje	1,0%	0,5%	1,0%	2,4%
<b>Dependencia Severa</b>	Recuento	14	9	8	31
	Porcentaje	6,7%	4,3%	3,8%	14,8%
<b>Dependencia Moderada</b>	Recuento	66	39	6	111
	Porcentaje	31,6%	18,7%	2,9%	53,1%
<b>Independencia Total</b>	Recuento	52	10	0	62
	Porcentaje	24,9%	4,8%	0,0%	29,7%
<b>Total</b>	Recuento	134	59	16	209
	Porcentaje	64,1%	28,2%	7,7%	100 %

**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Lawton y Brody

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

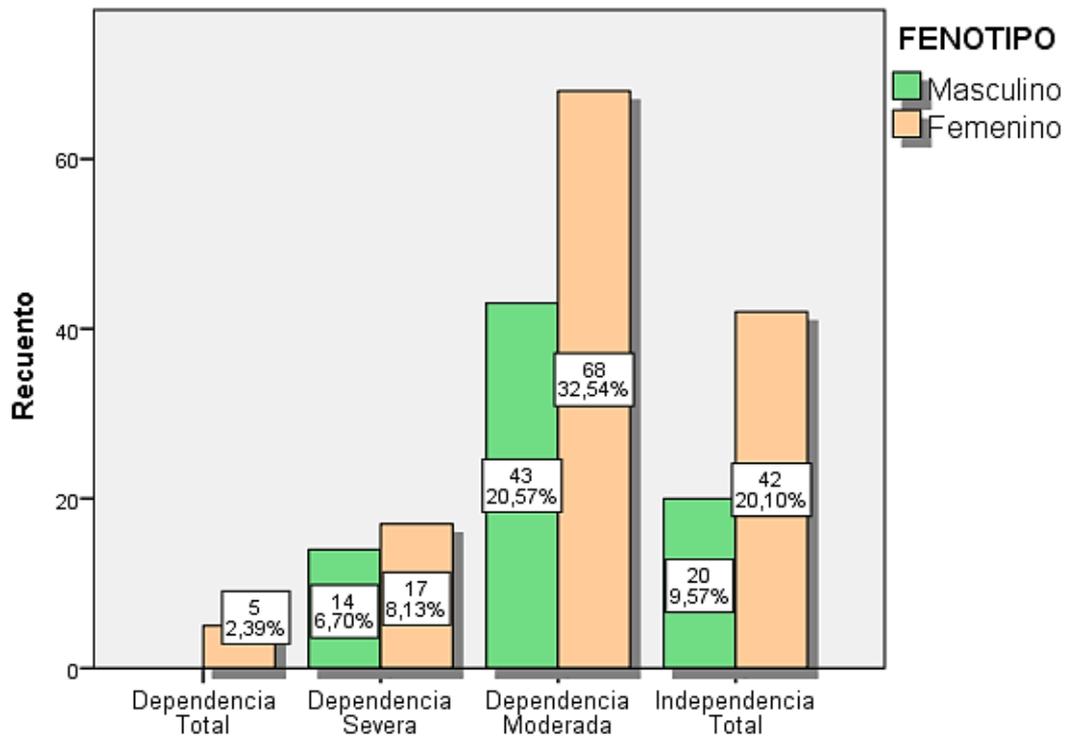
En esta tabla con relación a la Dependencia Instrumental y Edad se puede observar que de los adultos mayores encuestados, los que mayor prevalencia presentaron son los que pertenecen al nivel de Dependencia Moderada, entre las edades de: 65-74 años, con un porcentaje de 31,58%, seguido por la Dependencia Total con un mínimo porcentaje de 0,48% los de 74,1-83 años. Según esta tabla se puede observar que existe una mayor prevalencia para los adultos mayores dentro de la Dependencia Moderada, destacando en esta los que pertenecen al rango de 65-74 años de edad ya que son el número



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

mayoritario de este estudio, por ende, debido a su edad todavía se encuentran en su capacidad de valerse por sí solos y realizar sus AIVD sin dificultad alguna, pero a la vez se puede observar que a medida que la edad aumenta, van disminuyéndose tanto sus actividades intelectuales y físicas como su afinidad por realizar ciertas actividades importantes en su vida, tornándose así los adultos mayores cada vez más dependientes.

**Gráfico Nº 16 Distribución de los adultos mayores que acuden a consulta al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Dependencia Instrumental y Fenotipo. Cuenca 2016.**



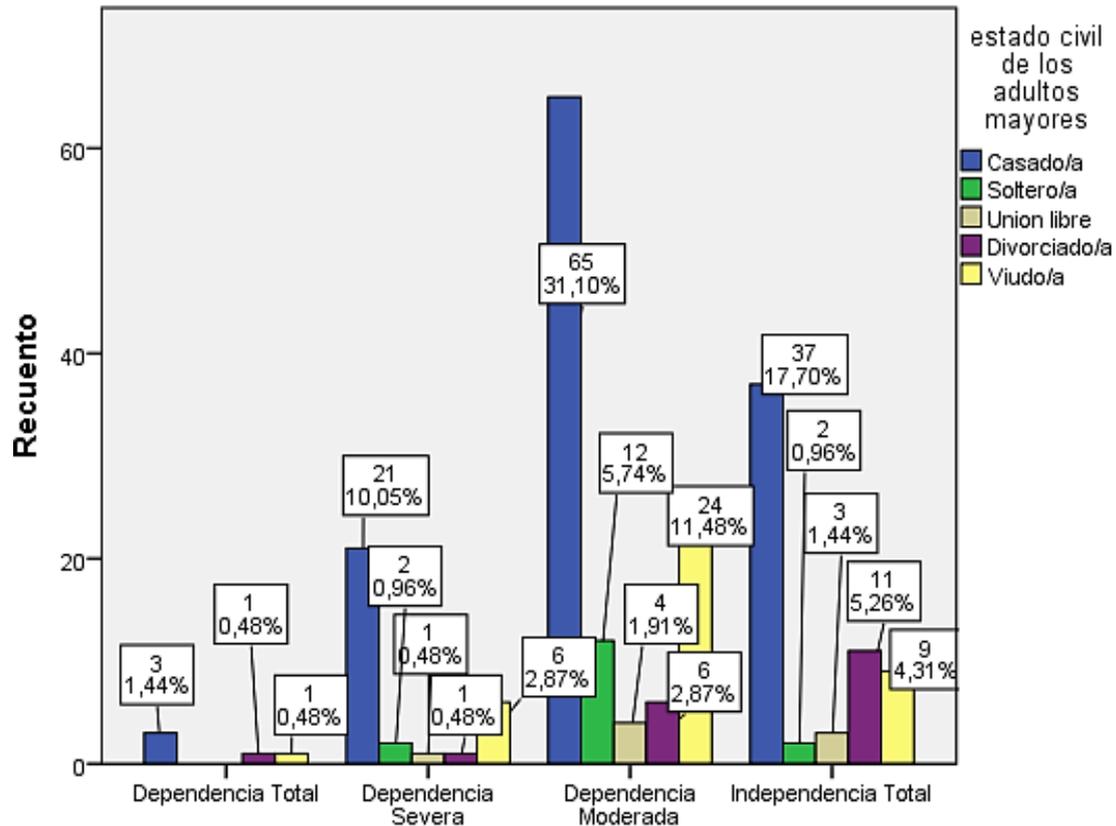
**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Lawton y Brody

**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

En este estudio la población adulta mayor femenina es la que predomina y la que mayor nivel de dependencia presenta, con un 32,54% de Dependencia Moderada, y un 2,39% de dependencia total. En el caso de los hombres un aspecto general es que ellos son más estables y no presentan algún porcentaje de dependencia total, y en su mayoría presentan Dependencia Moderada con un 20,57%.

Culturalmente el cuidado del hogar, ha sido una carga que se asume a la responsabilidad de la mujer, quien a pesar de dedicarse a este rol, también es la que busca aportar económicamente a su hogar y además los cambios físicos la hacen más susceptible a una dependencia instrumental, puesto que en la edad adulta mayor, estos cambios se suman a los grandes síndromes geriátricos que son de importancia para el envejecimiento saludable, es por eso que como se evidencia en este estudio, las mujeres siguen siendo las más vulnerables y las que más niveles de dependencia llegan a presentar.

**Gráfico Nº 17 Distribución de los adultos mayores que acuden a consulta al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Dependencia Instrumental y Estado Civil. Cuenca 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Lawton y Brody

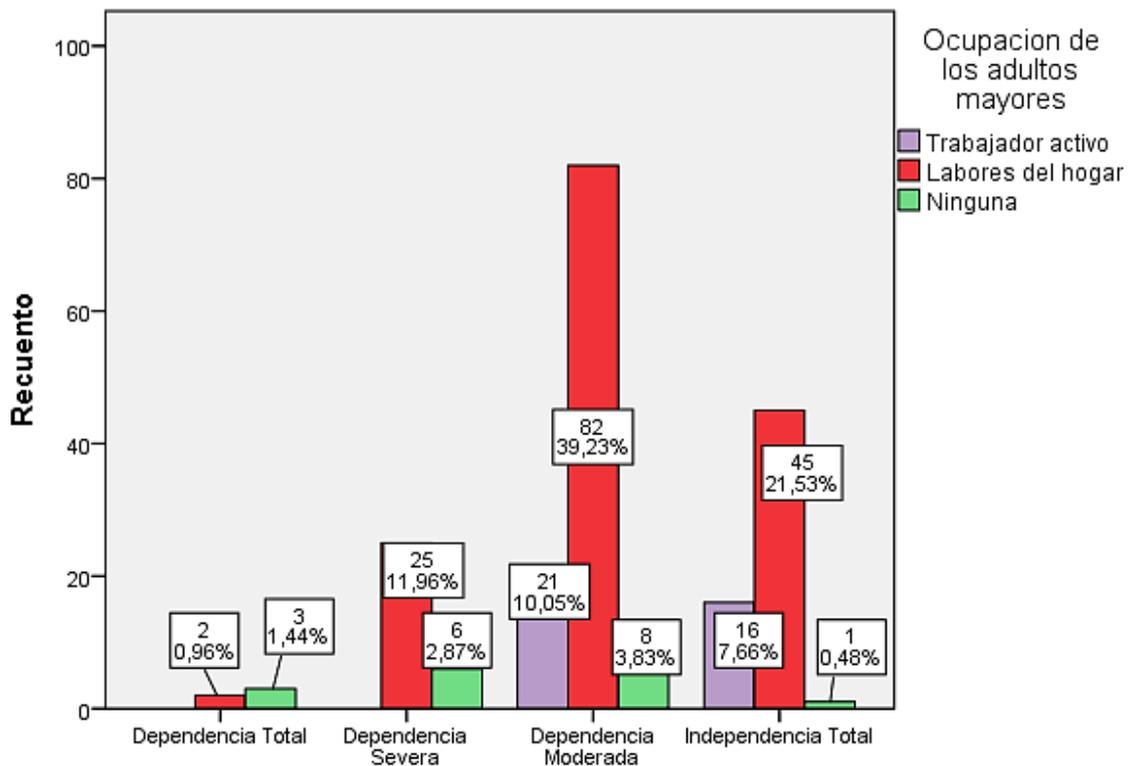
**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Como se pudo observar en los datos sociodemográficos, la población de adultos mayores casados, es la que predomina en este estudio, y en cuanto a la Dependencia Instrumental y Estado Civil, son los casados/as que siguen destacando con un 31,10% con Dependencia Moderada, y 1,44% totalmente Dependientes. Por otro lado la población adulta mayor de Viudos/as presenta un 11,48% de Dependencia Moderada y un 0,48% presentan Dependencia Total.

Estos dos grupos poblacionales son los que más impacto presentan en este estudio, esto se puede deber a una sobrecarga física, y emocional del cuidador o una ausencia del mismo, y es aquí en donde se ve la importancia y la eficacia de las redes de apoyo tanto familiares, Extra familiares e institucionales en estos

grupos poblacionales, ya que las mismas ayudan a un mejor manejo emocional, mejor socialización, y mejor adaptación al proceso de envejecimiento.

**Gráfico N° 18 Distribución de los adultos mayores que acuden a consulta al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Dependencia Instrumental y Ocupación, Cuenca 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Lawton y Brody

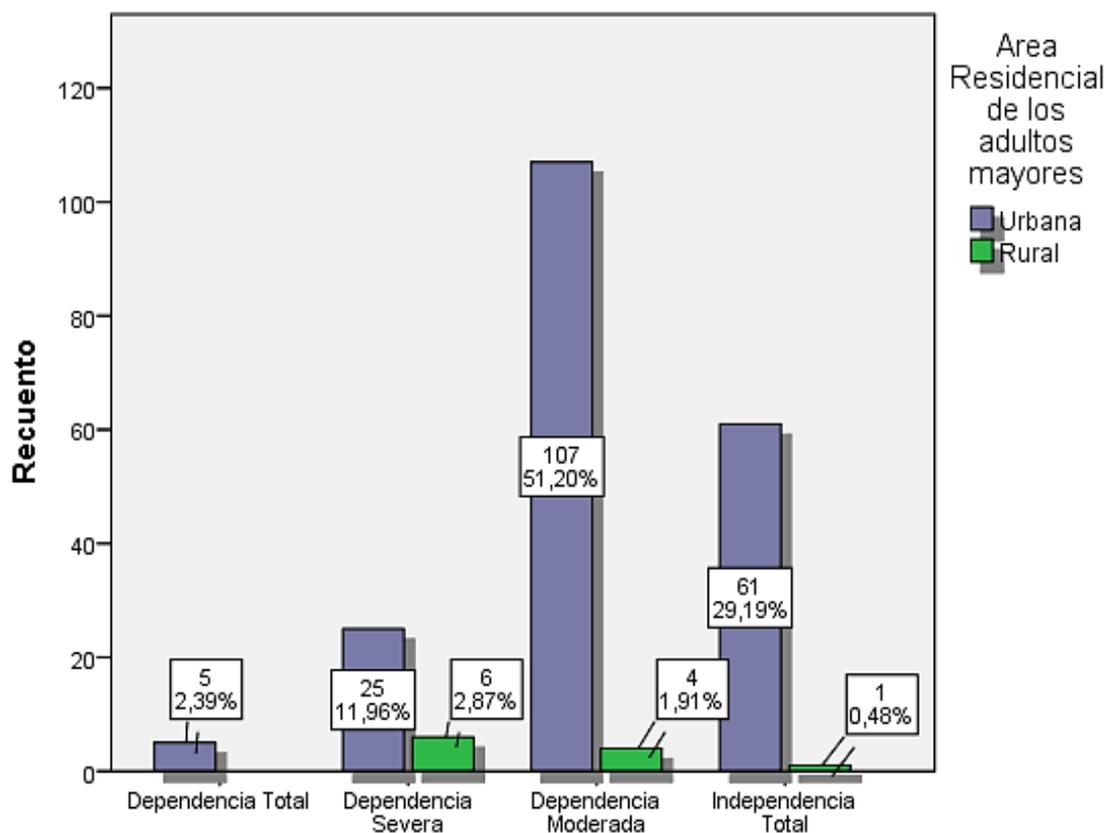
**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Los adultos mayores que se dedican a las labores del hogar, son los que en su mayor porcentaje llegan a presentar un nivel de dependencia, ya que el 39,23% presentan Dependencia Moderada, y el 0,96% presentan Dependencia Total. Seguido de los adultos mayores que son trabajadores activos, con un 10,05% con Dependencia Moderada.

Los adultos mayores que son trabajadores activos, son la representación clara de la teoría de la actividad y productividad ya que con su desempeño y rol en la sociedad sus niveles de dependencia son menores, y van de la dependencia moderada a la independencia total; y contrario a esto, los adultos mayores que no realizan ningún tipo de actividad caen en la anomia y al perder su rol en la

sociedad se hacen cada vez más dependientes, y como se observa ellos parten de la independencia total en menor porcentaje, hacia la dependencia total, presentándose con mayor frecuencia.

**Gráfico Nº 19 Distribución de los adultos mayores que acuden a consulta al Centro de Salud Barrial Blanco, según relación Dependencia Instrumental y Área Residencial, Cuenca 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos – Test de Lawton y Brody  
**Elaboración:** Carolina Garzón - Andrés León.

Este estudio determinó que la población de adultos mayores que residen en áreas Urbanas son los que en su mayoría predominan este estudio y de igual manera son los que presentan niveles de dependencia con un 51,20% de Dependencia Moderada, y el 2,39% Dependencia Total. Por otro lado los adultos mayores que vienen en áreas Rurales, se presentan con un 2,87% de Dependencia Severa, y 0,48% de Independencia Total.

El área residencial es un determinante muy importante en el envejecimiento saludable, ya que este determina el fácil acceso a servicios de salud,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

comunicación, transporte, adquisición de alimentos entre otros, y de esta manera mejora el nivel de dependencia del adulto mayor ya que lo expone a un medio en el que tiene que adaptarse y desenvolverse de la mejor manera. Es por eso que en este estudio la población de adultos mayores que viven en un área urbana, son los que se ven más afectados en cuanto a la dependencia, por lo mencionado anteriormente acerca de la población mayoritariamente urbana en la ciudad de Cuenca, y por la ubicación de la unidad de estudio. En cuanto a los adultos mayores que residen en áreas rurales y que son en mínimos porcentajes los que presentan cierto nivel de dependencia, son los que a pesar de no pertenecer a la cobertura de la unidad de estudio acuden a la misma por cierto tipo de preferencia, pero aun así son más vulnerables en llegar a una dependencia total.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

La depresión constituye una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido hacia la propia vida provocando un vacío existencial y en muchos casos la desmotivación para seguir viviendo, pues creen que vivir ya no es importante y que es preferible morir. La Dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (24). En este estudio realizado en la población adulta mayor que acude a consulta en el Centro de Salud Barrial Blanco se encontró que: el 44% tienen Depresión Leve, y el 13,9% Depresión Severa. En cuanto a la Dependencia Funcional se encontró que el 87,6% presentaron Dependencia Leve, y el 3,8% Dependencia Severa. Finalmente, en la Dependencia Instrumental encontramos que el: 53,11% presentaron una Dependencia Moderada, y el 2,39% una Dependencia Total.

El “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”, realizado en Chile en el 2010, por SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor); indica que existe una mayor prevalencia en las zonas rurales que en las urbanas, concluyendo que la dependencia alcanzó el 24,1% de los adultos mayores chilenos, observándose una diferencia de 11,6% en el área rural donde la prevalencia de dependencia alcanzó un tercio de la población mayor de 60 años (8); estos resultados contrastan con los hallazgos de la investigación que determinan que la población adulta mayor estudiada procede en su gran mayoría de la zona urbana con un 94,7%, y el 5,3% de la zona rural, sin embargo en relación con la Dependencia Funcional, en resultados superan el 84,1% presentan una Dependencia Leve y residen en una zona Urbana, mientras que el 1,91% tienen Dependencia Moderada y residen en una zona Rural; en cambio al hablar de la Dependencia Instrumental, el 52,20% de los adultos mayores que viven en una zona Urbana presentaron una Dependencia Moderada, y el 0,48%



de los adultos mayores que viven en una zona Rural demostraron Independencia Total, mostrando que la población adulta mayor que reside en la zona urbana son los que mayor índice de dependencia presentan en comparación con los que viven en zonas rurales, observándose una gran diferencia en cuanto a estudios anteriores que demuestran lo contrario.

El estudio “Dependencia Funcional y Depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa”, realizado por Zavala – González MA, Posada – Arévalo SE y Cantú – Pérez RG; en México del 2010. Que indica que: no hubo diferencias significativas en cuanto a ABVD, mientras que para las AIVD, se observó que los adultos mayores de sexo femenino presentaron dependencia instrumental con mayor frecuencia que los masculinos, especialmente dependencia moderada (9). Estos datos confirman los resultados de la investigación, pero también en el Barrial Blanco la población adulta mayor femenina esta propensa a presentar dependencia funcional e instrumental moderada en el 55,50% de los casos, relacionada con los cambios físicos, psicológicos, y el rol social que desempeña.

En cuanto a la depresión, en el estudio citado anteriormente, se encontró que el 92.9% de los adultos mayores estudiados no la presentaron, mientras en el 5.2% se observó depresión leve y en el 1.9% depresión moderada –severa. Al realizar el mismo análisis de la distribución de frecuencias de los casos de depresión según el sexo de los participantes, se observó predominio significativo en el sexo femenino en los casos de depresión leve y moderada (10). A diferencia de esta investigación; mediante la aplicación del test de Yesavage, en nuestro estudio se encontró que el 44% de los adultos mayores presentaron Depresión Leve y el 56%, presentaron Depresión Moderada y Severa, indicándonos así, que la población adulta mayor de nuestra área de estudio, es más susceptible a presentar depresión, ya sean por factores de riesgo como: condiciones médicas, factor socioeconómico, ubicación geográfica, factor psicológico, etc. (20).

En el presente estudio se encontró que de los adultos mayores con depresión, las mujeres fueron más propensas a presentarla, ya que el 27,27% presento Depresión Moderada, y el 9,57% Depresión Severa, en comparación con los hombres, que el 14,83% presento Depresión Moderada, y el 4,31% Depresión Severa, estos datos concuerdan con investigación previas (9-10), que



demuestran que las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo que los hombres, por la influencia de factores hormonales, expectativas culturales, cambios físicos, etc. (20).

El estudio: “Dependencia Instrumental y bienestar en personas mayores institucionalizadas.” Realizado por María Teresa Rodríguez Díaz, Francisco Cruz-Quintana y María Nieves Pérez-Marfil, en Granada – España en Enero de 2014. En el que se concluyó que se encuentra relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional y físico, y además, sus resultados están en concordancia con los obtenidos por Bierman y Satatlan que manifestaron que las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, están relacionadas con una mayor angustia psicológica, y de esta muestra se confirmó que los grupos con Dependencia Moderada, Severa y Total, presentaron mayor nivel de depresión que los grupos con Independencia y Dependencia Leve. (11); estos hallazgos se confirman con los datos de la investigación, que determino que el 27,75% de los adultos mayores presentaron depresión y dependencia instrumental moderada y el 6, 70%, presentaron depresión severa y dependencia instrumental moderada; lo que muestra que la independencia se pierde a medida que la depresión aumenta y la dependencia es más crítica.



## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

1. El presente estudio demostró que la depresión y los niveles de dependencia, se encuentran infra diagnosticados en los adultos mayores que acuden a la unidad de salud, lo que lleva a un mayor deterioro de la salud y la calidad de vida, por lo que consideramos importante que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se enfoque en establecer de mejor manera las redes de apoyo para que se enfoquen en brindar la ayuda médica y psicológica entrelazadas para mantener la salud física y mental.
2. Las características sociodemográficas de la población estudiada son: el promedio de edad de la población adulta mayor que está entre los 65 y 92 años; con predominio del sexo femenino, 63,16%, y con residencia urbana en la mayoría 94,7%, también presentan un bajo nivel de escolaridad 84,21%, y predominó el estado civil casados 60,3%, y viudez 19,1%.
3. Los niveles de depresión que predominan son: la Depresión Leve 44%, y la Severa 13,9%, relacionada con la falta de apoyo familiar, social, el estado psicológico y el nivel de ocupación del adulto mayor.
4. Existe un predominio de Dependencia Funcional Leve 87,6%, en los adultos mayores que acuden a consulta en el Centro de Salud Barrial Blanco, mismo que representa un factor protector para la salud tanto física como psicológica de los adultos mayores.
5. Se encontró un predominio de la Dependencia Instrumental Moderada 53,11%, establecido principalmente por los cambios psicosociales y físicos que forman parte del proceso del envejecimiento.
6. Los adultos mayores que acuden a consulta en el Centro de Salud Barrial Blanco, presentan una relación de la Depresión Leve con la Dependencia Funcional Leve 42,11%.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

7. Existe un predominio de la Depresión Moderada, con la Dependencia Instrumental Moderada en un 27,75%, indicándonos que a medida que aumenta el nivel de depresión el nivel de independencia disminuye.



## RECOMENDACIONES

Implementar redes de apoyo multidisciplinarias en cada unidad operativa, para el mantenimiento de la salud física y mental del adulto mayor pues estas redes de apoyo se convierte en factores protectores de la salud.

Las ofertas terapéuticas, dentro de la gama de recursos con los que cuentan las unidades operativas, no deben quedar reducidas a intervenciones farmacológicas, sino que deben ser dirigidas a la creación de estas redes de apoyo interdisciplinarias que faciliten contar con programas específicos en momentos de mayor vulnerabilidad, y así aminorar el impacto que representa llegar a esta etapa de vida.

El personal de salud, debe aplicar integralmente manera el programa de Envejecimiento Saludable, mediante el diagnóstico precoz y oportuno de los principales síndromes geriátricos, para intervenir de manera oportuna en el mantenimiento de la salud física y mental de los adultos mayores.

El personal de salud debe trabajar en actividades de promoción y prevención del adulto mayor, creando políticas de protección para estos grupos vulnerables.



## CAPÍTULO VIII

### 8. Bibliografía

#### 8.1 Referencias Bibliográficas

1. Ecuador en cifras.com (Internet). Ecuador. Resumen estadístico 2012. (Actualizado 4 de febrero de 2013; citado 16 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-resumen-estadistico-2012/>
2. Organización Mundial de la Salud, La depresión, Centro de Prensa, OMS (Internet). (Actualizado: octubre de 2015; citado 14 Enero de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Patricia Alonso Galbán, Félix J. Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro, Mayra Carrasco García y Tania Oliva. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana 2007. EPFAM (Internet) 2010 (citado 21 Diciembre 2016) 1:(1). 1.16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>
4. Directora Rosita Kornfeld Matte, Dependencia de los Adultos Mayores, Acciones y Modelos de Intervención. AMI (Internet). Chile, Enero 2011 (citado 21 diciembre 2016); 1:(15). Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf)
5. Republica del ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Derechos de las personas y grupos de atención primaria. CRE. (Internet) 2008 (Citado 11 dic. 15);1(3):30 Disponible en: <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud, La salud mental y los adultos mayores, Centro de Prensa, OMS (internet), 2013 (septiembre, 18). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>



7. Ecuador en cifras.com (Internet) Adulto mayor. Ecuador: INEC. 2011; (27 Diciembre 2015). Disponible en: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es)
8. Autor: Desconocido, Adulto Mayor Cuantos Son, CNII (internet), artículo publicado el: 29-septiembre-2014, revisado el: 11-noviembre-2015. Disponible en: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
9. SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores. ENDPM (Internet). 2010(Revisado el 24 de Octubre de 2015) Volumen (1):6-76 Disponible en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)
10. Cantú-Pérez R, Posada-Arévalo S, Zavala-González M, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE VILLAHERMOSA, DFDAV, (Internet).MÉXICO. Archivos en Medicina Familiar 201012116-126. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719097003>
11. Rodríguez Díaz María Teresa, Cruz-Quintana Francisco, Pérez-Marfil María Nieves. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index Enferm [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Dic 15]; 23 (1-2): 36-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962014000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962014000100008&lng=es) . <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>.
12. Revista Biomedicina Medicina Familiar y Comunitaria noviembre 2009: OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev. Psicogeriatría 2002; 2: 6:21 (bajado de Google académico. Pdf). Consultado Octubre 2015.
13. Cortés N Alma Rosa, Villarreal R Enrique, Galicia R Liliana, Martínez G Lidia, Vargas D Emma Rosa. Evaluación geriátrica integral del adulto



- mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Dic 16]; 139(6): 725-731. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600005&lng=es).
14. Pfeiffer Castanedo Cristina, Cobo Sarabia Carmen María, Enfermería en el Envejecimiento, EE. 2013 Cap. 2, Unidad 3, Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso del envejecimiento, pag. 137-140. UC. Editorial. Cantabria-España.
15. Antonucci, Toni y J.Jackson, Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida, BPPS, 2010;3(1): 50-74. Serie Universidad. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona.
16. Ham-Chande, Roberto y otros. "Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en Ciudad de México", documento presentado en la "Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores", Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2008;2(1):6-8 Santiago de Chile.
17. DR. Nelson Samaniego S. Manual de atención primaria en salud mental, MSP (Internet) 2010 (27 noviembre 2015) Capitulo: 3 Depresión, Autor.: Pag. 30. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
18. Hernan Silva. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión, Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.40 supl.1 Santiago oct. 2012. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000500002&script=sci_arttext)
19. Luna M, Hamana Z L, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. AVFT [Internet]. 2001 Abr [citado 2016 Ago 31]; 20(2): 111-122. Disponible en:



- [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es).
20. Wolff L Claudia, Alvarado M Rubén, Wolff R Marcelo. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2010 Feb [citado 2016 Ago 23] ; 27( 1 ): 65-74. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182010000100011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000100011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000100011>.
21. Varios Autores, Tipos de Depresión: depresión y estados de ánimo, CBP. Madrid-España, publicación: 22-septiembre-2012, revisado el: 18-enero-2016. Disponible en: <http://www.cbp-psicologos.com/depresion-tipos-de-depresion.htm>
22. S. Aguilar y JA. Ávila. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. CBP. 2006;( consultado 12 6 2010);1(2):1-3. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf).
23. GÓMEZ-ANGULO, CARINE, & CAMPO-ARIAS, ADALBERTO. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10(3), 735-743. Recuperado en 12 de Marzo de 2016, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=es&tlng=es).
24. Toronjo Gómez Ángela María, Rojas Ocaña María Jesús. Cap. 18 “El Envejecimiento y la Dependencia”. Enfermería Geriátrica. 2da.ed. Barcelona España. DAE grupo paradigma 2012 pag: 323 – 327.
25. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2016 Ago 23] ; 83( 6 ): 775-783.



Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009006600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009006600002&lng=es).

26. Miguel Marcos de, Torrijos Mónica, Abad José María, Lou Marta Luz. Niveles de dependencia y utilización de servicios en los hospitales psiquiátricos de Aragón. Gac Sanit [Internet]. 2004 Jun [citado 2016 Ago 23]; 18(3): 213-219. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004003300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004003300009&lng=es).

27. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011, pag: 11-16. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

## 8.2 Bibliografía General:

1. Cantú-Pérez R, Posada-Arévalo S, Zavala-González M, DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE VILLAHERMOSA, DFDAV, (Internet).MÉXICO. Archivos en Medicina Familiar 201012116-126. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719097003>
2. Carine Gómez- Angulo, Adalberto Campo Arias, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial, Univ. Psychol. v.10 n.3 Bogotá set./dic. 2011. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Cortés N Alma Rosa, Villarreal R Enrique, Galicia R Liliana, Martínez G Lidia, Vargas D Emma Rosa. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Dic 16]; 139(6 ): 725-731. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600005&lng=es).



4. DR. Nelson Samaniego S. Manual de atención primaria en salud mental, MSP (Internet) 2010 (27 noviembre 2015) Capitulo: 3 Depresión, Autor.: Pag. 30. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
5. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Dic [citado 2016 Ago 23] ; 83( 6 ): 775-783. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009006600002&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009006600002&Ing=es).
6. Ham-Chande, Roberto y otros. “Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en Ciudad de México”, documento presentado en la “Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas mayores”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2008;2(1):6-8 Santiago de Chile.
7. Miguel Marcos de, Torrijos Mónica, Abad José María, Lou Marta Luz. Niveles de dependencia y utilización de servicios en los hospitales psiquiátricos de Aragón. Gac Sanit [Internet]. 2004 Jun [citado 2016 Ago 23] ; 18( 3 ): 213-219. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004003300009&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004003300009&Ing=es).
8. Organización Mundial de la Salud, La depresión, Centro de Prensa, OMS (internet). (Actualizado: octubre de 2015; citado 16 de diciembre de 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
9. Organización Mundial de la Salud, La salud mental y los adultos mayores, Centro de Prensa, OMS (internet), 2013 (septiembre, 18). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>



10. Patricia Alonso Galbán, Félix J. Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro, Mayra Carrasco García y Tania Oliva. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana 2007. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>
11. Pfeiffer Castanedo Cristina, Cobo Sarabia Carmen María, Enfermería en el Envejecimiento, EE. 2013 Cap. 2, Unidad 3, Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso del envejecimiento, pag. 137-140. UC. Editorial. Cantabria-España.
12. Rodríguez Díaz María Teresa, Cruz-Quintana Francisco, Pérez-Marfil María Nieves. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index Enferm [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Dic 15]; 23 (1-2): 36-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11321296201400100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296201400100008&lng=es) . <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008>.
13. SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor). Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores. ENDPM (Internet). 2010(Revisado el 24 de Octubre de 2015) Volumen (1):6-76 Disponible en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)
14. Toronjo Gómez Ángela María, Rojas Ocaña María Jesús. Cap. 18 “El Envejecimiento y la Dependencia”. Enfermería Geriátrica. 2da.ed. Barcelona España. DAE grupo paradigma 2012 pag: 323 – 327.
15. Varios Autores, Tipos de Depresión: depresión y estados de ánimo, CBP. Madrid-España, publicación: 22-septiembre-2012, revisado el: 18-enero-2016. Disponible en: <http://www.cbp-psicologos.com/depression-tipos-de-depression.htm>



**CAPÍTULO IX**

**9. ANEXOS:**

**ANEXO 1: Cronograma**

Actividad	Meses						Responsables
	1	2	3	4	5	6	
Elaboración de marco teórico	X						Carolina Garzón Andrés León
Aplicación de test y obtención de datos.		X	X				Carolina Garzón Andrés León
Análisis e interpretación de datos				X			Carolina Garzón Andrés León
Conclusiones y resultados					X		Carolina Garzón Andrés León
Elaboración de informe.						X	Carolina Garzón Andrés León



**ANEXO 2: Operacionalización de variables.**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Depresión	Trastorno frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito.	Grado de depresión	Tipo de depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión Leve.</li> <li>• Depresión Moderada.</li> <li>• Depresión Severa.</li> </ul>
Dependencia	Estado en que se encuentran las personas que, por razones derivadas, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria	Funcional  Instrumental	Índice de katz ABVD  Test de Lawton AIVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia leve</li> <li>• Dependencia moderada</li> <li>• Dependencia severa</li> <li>• Independiente</li> <li>• Dependiente</li> </ul>
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Tiempo en años	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65-74</li> <li>• 74.1 – 83</li> <li>• 83.1 - 92</li> </ul>
Sexo	Características biológicas que definen a	Fenotipo	Características sexuales.	Masculino  Femenino



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

	un individuo como hombre o mujer.			
Estado civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otro individuo.	Estado legal	Estado civil en el que se encuentra.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado(a)</li> <li>• Soltero(a)</li> <li>• Unión libre(a)</li> <li>• Viudo(a)</li> </ul>
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos según niveles de educación	Instrucción	Nivel de Educación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
Ocupación	Acción o función que se despliega en un ámbito.	Tipo de actividades realizadas en un ámbito.	Tipo y lugar de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajador activo.</li> <li>• Labores del hogar.</li> <li>• Ninguna.</li> </ul>
Área Residencial	Lugar geográfico donde reside una persona.	Área residencial.	Ubicación geográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona urbana</li> <li>• Zona rural.</li> </ul>



### ANEXO 3: Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE:

**“Relación de la depresión en los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco. Año 2016”.**

Sr. (a):

Nosotros estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, nos proponemos a realizar un proyecto de investigación sobre la “Relación de la depresión en los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco. Año 2016”, para lo cual se utilizarán tres test (Yesavage, Katz, Lawton). Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente, sin que se le origine problema alguno.

- Se me ha explicado que mi participación consistirá en tres test:
  - ❖ **Test Yesavage:** El mismo que se trata de un cuestionario utilizado determinar el nivel de depresión en personas mayores de 65 años, y se enfoca en el estado de ánimo, este consta de 15 preguntas, que se responden de manera afirmativa o negativa.
  - ❖ **Test de Katz:** Este es un instrumento que evalúa la capacidad funcional (física) del adulto mayor, para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Consta de 6 ítems que son: lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia, alimentación.
  - ❖ **Escala de Lawton y Brody:** Esta escala se aplica al adulto mayor para medir la capacidad de desarrollar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Consta de 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía).
- De antemano los investigadores me han aclarado que el presente estudio no me puede causar ningún riesgo, y que los resultados obtenidos serán de beneficio y utilizados para mejorar programas preventivos de salud y brindar una atención de calidad y calidez por parte del personal de salud.
- Se me ha informado que los datos proporcionados serán totalmente confidenciales.
- Por medio del presente acepto participar en este estudio.



\_\_\_\_\_  
**Firma del encuestado/a**

\_\_\_\_\_  
**Firma de los investigadores**

\_\_\_\_\_  
**Firma de los investigadores**

#### **ANEXO 4: FORMULARIO DE ENCUESTA**

### **“Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del Centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016”**

La presente encuesta tiene como objetivo identificar la relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor, por lo que le solicitamos muy comedidamente responda de la manera más clara y verídica la información que se le solicita.

**INSTRUCTIVO:** marque con una **X** según corresponda.

#### **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Soltera\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_ Unión Libre\_\_\_\_ Divorciada\_\_\_\_ Viuda\_\_\_\_

**Instrucción:**

Ninguna\_\_\_\_ Primaria\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_ Superior\_\_\_\_

**Área Residencial:**

Zona Urbana\_\_\_\_ Zona rural\_\_\_\_

**Ocupación:**

Trabajador activo\_\_\_\_ Labores del Hogar\_\_\_\_ Ninguna\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

ANDRES LEÓN  
DIANA GARZON



**ANEXO 5: Test de Yesavage**

<b>Instrucciones:</b>		
Responda a cada una de las siguientes preguntas, según como se ha sentido usted en la última semana.		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Esta usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	0
3. Siente que su vida está vacía?	1	0
4. Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5. Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	0	1
6. Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7. Se siente feliz la mayor parte de tiempo?	0	1
8. Se siente con frecuencia desamparado?	1	0
9. Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10. Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0
11. Cree usted que es maravillosos estar vivo?	0	1
12. Se siente inútil o despreciable como está actualmente?	1	0
13. Se siente lleno de energía?	0	1
14. Se encuentra sin esperanza ante si situación actual?	1	0
15. Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	1	0
<b>Interpretación:</b>		
0 – 5 puntos: Depresión Leve.		
6 – 10 puntos: Depresión Moderada.		
11 – 15 puntos: Depresión severa.		



**ANEXO 6: Test de Katz**

<b>TEST DE KATZ (ABVD)</b>		
<b>LAVADO</b>		
No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por si mismo, si esta es su forma habitual al bañarse) <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (por ejemplo: espalda o pierna). <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>VESTIDO</b>		
Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanecer parcialmente vestido. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>USO DEL RETRETE</b>		
Va al retrete, se limpia y se abrocha la ropa sin ayuda (puede usar un bastón, andador, o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, y la vacía por la mañana. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, abrocharse la ropa o en el uso nocturno del orinal. <input checked="" type="checkbox"/>	No va al retrete. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>MOVILIZACION</b>		
Entra y sale de la casa. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador). <input type="checkbox"/>	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda. <input checked="" type="checkbox"/>	No se levanta de la cama. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONTINENCIA</b>		
Controla completamente ambos esfínteres. <input type="checkbox"/>	Incontinencia ocasional. <input checked="" type="checkbox"/>	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>ALIMENTACION</b>		





**ANEXO 7: Escala de Lawton y Brody**

ASPECTO A EVALUAR	PUNTUACION
<b>Capacidad para usar el teléfono:</b>	
Usa el teléfono por iniciativa propia.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
No es capaz de usar el teléfono.	0
<b>Hacer compras:</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
Totalmente incapaz para comprar.	0
<b>Preparación de la comida:</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se les proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sirve una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
<b>Cuidado de la casa:</b>	

ANDRES LEÓN  
 DIANA GARZON



Mantiene la casa solo o con ayuda, ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1
No participa en ninguna labor de la casa.	0
<b>Lavado de la ropa:</b>	
Lava por si solo toda su ropa.	1
Lava por si solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
<b>Uso de medios de transporte:</b>	
Viaja solo en transporte público, o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	1
Solo utiliza taxi o el automóvil con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación:</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta.	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0



<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.	1
Incapaz de manejar dinero.	0
<b>Puntuación total:</b>	
0 = Dependencia Total 1 – 4 = Dependencia Severa 5 – 7 = Dependencia Moderada 8 = Independencia Total	