

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR
CON DEPRESIÓN EN SAN PEDRO DEL CEBOLLAR-CUENCA 2015-2016**

Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTOR: Md. JOSÉ ANDRÉS SUQUILANDA HEREDIA. CI 0103767711

Director: Dr. MARCOS FERNANDO MOLINA MATUTE. CI 010474003

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores biológicos, socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar – Cuenca período 2015-2016.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, analítico y transversal, con 126 adultos mayores que acudieron al Subcentro de San Pedro del Cebollar – Cuenca período 2015-2016. Se aplicó un instrumento de recolección de datos para conocer las características sociodemográficas y test de Yesavage para determinar depresión, funcionalidad familiar mediante FFSIL y comorbilidades según la escala de Charlson. Las variables se expresaron en frecuencias absolutas y porcentaje. Se utilizaron los métodos estadísticos de chi cuadrado, razón de prevalencia (RP) y regresión logística múltiple para determinar los factores asociados a la depresión.

Resultados: La prevalencia de depresión fue de 61,1%. Los factores asociados a la depresión fueron la falta de instrucción (RP=2,720; IC95%: 1,278-5,788; $p=0,009$) y la disfuncionalidad familiar (RP=3,263; IC95%: 1,823-5,383; $p<0,001$).

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de depresión, por lo que es importante el abordaje integral y la consideración de los factores psicosociales de los individuos mayores con riesgo de depresión, detallando su nivel educativo y su dinámica familiar.

Palabras claves: DEPRESIÓN, ADULTO MAYOR, FACTORES BIOLÓGICOS, FACTORES SOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between biological, socio-familial factors and depression in the elderly who attend the San Pedro del Cebollar - Cuenca Sub-Center for the period 2015-2016.

Material and Methods: A quantitative, analytical and cross - sectional study was carried out with 126 elderly adults who visited the San Pedro del Cebollar - Cuenca Sub - center for the period 2015-2016. A data collection instrument was used to know sociodemographic characteristics and Yesavage test to determine depression, family function using FFSIL and comorbidities according to the Charlson scale. The variables were expressed in absolute frequencies and percentage. Statistical methods of chi-square, relative risk (RR) and multiple logistic regression were applied to determine the factors associated with depression.

Results: The prevalence of depression was 61.1%. The factors associated with depression were lack of education (RR= 2.720, 95%CI: 1.278-5.788, p= 0.009) and family dysfunction (RR= 3.263, 95%CI: 1.823-5.383, p<0.001).

Conclusions: There is a high prevalence of depression, so it is important the comprehensive approach and consideration of the psychosocial factors of older individuals with risk of depression, detailing their educational level and their family dynamics.

Key words: DEPRESSION, ELDERLY, BIOLOGICAL FACTORS, SOCIAL FACTORS, FAMILY FUNCTIONALITY.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
Clausula de derecho de autor	6
Cláusula de propiedad intelectual.....	7
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	14
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1.1 ENVEJECIMIENTO.....	14
2.1.2 ADULTO MAYOR Y DEPRESIÓN.....	17
2.1.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	18
2.1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN	19
2.1.5 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y PSICO-SOCIALES.....	22
2.1.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	23
CAPÍTULO III	24
3.1 HIPÓTESIS:	24
3.2 Objetivo General.....	24
3.3 Objetivos Específicos	24
CAPÍTULO IV.....	25



4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:.....	25
4.1 Tipo de estudio:.....	25
Estudio cuantitativo analítico de corte transversal que permite conocer la frecuencia de depresión y los factores biológicos y socio-familiares, además de conocer la tipología y funcionalidad familiar en los adultos mayores.	25
4.2 Área de estudio:	25
4.3 Universo y muestra de estudio	25
4.5 Operacionalización de variables:.....	27
4.6 Criterios de inclusión:	29
4.7 Criterios de exclusión:	29
4.8 Intervención propuesta:	30
Técnica:	30
4.10 Procedimiento e instrumentos para la recolección de datos	30
4.11 Plan de análisis	31
4.13 Aspectos éticos	31
CAPÍTULO IV.....	32
5. RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO VI.....	40
6. DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO VII.....	44
7.1 CONCLUSIONES.....	44
7.2 RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	52
ANEXO 1	52
ANEXO 2	57



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

José Andrés Suquilanda Heredia, autor/a del Trabajo de Titulación "**FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN SAN PEDRO DEL CEBOLLAR-CUENCA 2015-2016**", 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 especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 31 de Marzo de 2017



José Andrés Suquilanda Heredia.

C.I: 0103767711



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

José Andrés Suquilanda Heredia, autor/a del Trabajo de Titulación **"FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN SAN PEDRO DEL CEBOLLAR-CUENCA 2015-2016"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 31 de Marzo de 2017



José Andrés Suquilanda Heredia

C.I: 0103767711



AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento al Dr. Marcos Molina quien me ha dirigido en el arduo proceso del trabajo de investigación. De igual manera mi agradecimiento a la Dra. Lourdes Huiracocha, por el apoyo brindado ante las dudas surgidas a lo largo de la elaboración de esta tesis. Por último un eterno gracias a mis amigos Marco, Blanca, Andrea, María José y Adriana por su apoyo incondicional a lo largo de la especialidad, haciendo que la misma sea más llevadera.



DEDICATORIA

A mi esposa Lizeth, mis dos preciosas hijas Renata y Bárbara por haber estado constantes, acompañandome en las malas noches, brindarme su fortaleza, cariño y apoyo evitando que me derrumbe ante todas las circunstancias adversas presentes en este largo caminar, simplemente sin ustedes a mi lado no lo hubiese logrado las amo. “Ahora Papá va a estar más tiempo con ustedes”.

A mis padres José, María, mis hermanos Xavier y Marlene mi otra mamá, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según estimaciones proporcionadas por la Organización mundial de la Salud, el porcentaje de adultos mayores ascenderá de 12% a 22% en el periodo 2015-2050, con una mayor proporción (80%) en países de ingresos bajos y medianos (1). En América Latina y el Caribe se prevé el comportamiento epidemiológico sea similar a las tendencias mundiales, con estimaciones que plantean una frecuencia de 8,7% adultos con 65 años o más para el año 2020, cifras que aumentarían a 25,1% para el año 2050 (2). Por su parte, en Ecuador la expectativa de vida fue de 75 años para el 2010, con un total de adultos mayores de 1.192.475 según datos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (3).

El envejecimiento se ha relacionado a diversas enfermedades crónicas degenerativas, que en la actualidad representan las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial (4), aunado a esto el adulto mayor es más susceptible a presentar alguna de las diversas enfermedades mentales asociado a diferentes procesos típicos de esta etapa del ciclo vital: pérdida de la independencia, dolor crónico, fragilidad, entre otros (1).

En este sentido, la Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades” (5). La prevalencia de esta patología es muy variable, dependiendo del método, instrumento y criterios utilizados en su definición, sin embargo se han encontrado prevalencias que oscilan entre 40 a 60%, siendo esta patología la más frecuente en senescentes en lo referente a trastornos afectivos (6).

Además se ha demostrado que la depresión está íntimamente relacionada con las enfermedades crónicas que se presentan más frecuentemente en los adultos mayores, lo que origina que esta población utilice hasta cuatro veces más los servicios de salud en comparación con el resto de grupos etarios (5).



Es importante considerar además el subdiagnóstico de esta entidad en atención primaria, debido a la incapacidad para identificar los síntomas en la población adulta mayor o a la aparición de trastornos mentales subyacentes que dificultan el diagnóstico (7).

Desde esta perspectiva surgió la necesidad de determinar los principales factores biológicos y psicosociales relacionados a la depresión en el adulto mayor, especificando cuales tienen un carácter más predictivo de la enfermedad, con la finalidad de identificarlos de manera oportuna, favoreciendo el diagnóstico temprano y manejo oportuno de este trastorno.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad alrededor de 340 millones de personas sufren depresión en el mundo, con una incidencia hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres. En el caso de los adultos mayores la prevalencia es de alrededor de 7%, representando hasta un 5,7% de años vividos con discapacidad en este grupo etario (1). En Latinoamérica el estudio SABE (Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento), plantea que la depresión en el adulto mayor varía entre el 16,5% al 30,1% en mujeres y entre 11,8% a 19,6% en hombres (8).

No obstante, la depresión en el adulto mayor es infra diagnosticada, ante esto el médico de atención primaria debe estar capacitado para su identificación y oportuno diagnóstico debido a que estos sujetos rara vez acuden a consulta por presentar trastornos mentales (9). Asimismo, es imperante saber que la tristeza no es normal o parte del envejecimiento y por ende el manejo temprano mejora la calidad de este grupo de sujetos además de contribuir a un mayor control de las enfermedades acompañantes (10).

De igual manera, la aparición de este trastorno está condicionada por la interacción de diversos factores biológicos, como la edad, sexo, comorbilidades y



factores sociales como ingresos económicos, escolaridad, estado civil, funcionalidad familiar, entre otros (11). Por ende, la evaluación de los mismos y del entorno psicosocial de la población en riesgo permitiría la identificación temprana de la depresión. En este contexto, el objetivo de este estudio fue determinar los principales factores biológicos y socio familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar, Cuenca.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es la prevalencia de depresión y la relación con los factores biológicos y socio familiares en los adultos mayores que acuden al subcentro San Pedro del Cebollar, Cuenca?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad que se presenta en cualquier etapa del ciclo vital, no estando exento el adulto mayor. Sin embargo, muy pocas veces consulta por síntomas relacionados, lo cual dificulta su diagnóstico y manejo. Es importante considerar adicional las repercusiones en el entorno familiar, social y comunitario convirtiéndose en un problema de salud pública, demandando mayores costos para el estado (12).

En este sentido, la Constitución de la República del Ecuador señala la gran importancia de la asistencia psicológica, para garantizar el bienestar físico y mental de la población. Además en el año 2008 se conforma el marco legal, reconociendo a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria. Asimismo, el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario (MAIS-FC) plantea la necesidad conocer al individuo en sus dimensiones bio-psico-social, permitiendo la participación de la comunidad en la prevención, identificación y manejo de las patologías mentales, incluyendo la depresión, evitando la estigmatización de los afectados (13).



El tratamiento de la depresión va mucho más allá de las prescripción farmacológica, los factores asociados propios del envejecimiento, enfermedades crónico-degenerativas, jubilación, ingresos económicos, edad, escolaridad, funcionalidad y apoyo familiar, son de vital importancia tanto en la identificación como en el manejo de los sujetos afectados (12), por ende determinar el impacto de cada una de estas variables debe representar una de las metas del médico tratante.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 ENVEJECIMIENTO

Existen numerosas definiciones acerca del envejecimiento, aunque de forma general en cualquier ser vivo el envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos (14). Sistemáticamente la adultez mayor es la etapa final en el ciclo vital del ser humano, alcanzada a partir de los 65 años de edad, que se caracteriza por profundos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (15). Por su parte, otra definición importante es el de envejecimiento activo, planteada por la OMS, como el proceso "por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez" (16).

Cambios Psicológicos

De forma general en el envejecimiento se evidencia una disminución en las diversas funciones mentales, predominantemente desde el punto de vista cognitivo con un deterioro progresivo de la memoria, pensamiento abstracto, inteligencia fluida y enlentecimiento del lenguaje (17). El deterioro de las funciones cognitivas con la edad puede ir desde el déficit ligero de la memoria declarativa, que se manifiesta a través de las llamadas "quejas de memoria", hasta la demencia (como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y otros tipos de demencia). Los procesos que más se deterioran con la edad son la velocidad de procesamiento de la información, la memoria episódica, los procesos de control ejecutivo y la atención selectiva (18).

También puede observarse disregulación emocional, con propensión a la ansiedad y depresión, que pueden exacerbarse por el entorno social y familiar cambiante



del adulto mayor (19). De forma general, las habilidades cognitivas se deterioran durante el proceso de envejecimiento aunque este deterioro no se produce en todas las habilidades cognitivas, ni lo hace con la misma intensidad. En este sentido, el estudio de los volúmenes de las distintas regiones corticales ha mostrado la vulnerabilidad temprana de la corteza prefrontal lateral implicada en las funciones de control ejecutivo y del control de la atención y del hipocampo y del sistema temporal-medio del que depende la memoria episódica, este deterioro cerebral parece ser la causa del deterioro de estas funciones cognitivas con la edad (20).

Cambios Sociales

Los cambios sociológicos afectan a toda el área social de la persona: su entorno cercano, su familia, su comunidad y la sociedad en general. Los cambios pueden clasificarse en el rol individual y como integrante de una familia, y en cambios en el rol social (laborales y dentro de una comunidad) (21). La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores, lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.

En el rol individual, los adultos mayores en su última etapa de vida hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca, la actitud frente a la misma cambia con la edad; uno de los aspectos del desarrollo es la aceptación de la realidad de la muerte (22). Asimismo, la ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. Como miembro de su familia, el adulto mayor debe acoplarse a circunstancias como la pérdida de poder en el hogar, pérdida de su cónyuge, salida de los hijos del hogar y la entrada de los nietos. En el ámbito laboral, el adulto mayor se enfrenta a menor productividad a su trabajo y jubilación, por lo tanto, a la disminución en su flujo de ingresos



económicos con mayor dependencia en este aspecto de su familia y allegados (23).

Cambios Biológicos

Desde el punto de vista neurológico en el envejecimiento ocurre una disminución de la densidad neural, aproximadamente a los 80 años se produce una disminución de la masa cerebral estimada en 30%, principalmente en la materia gris. Además existe una reducción menor de los neurotransmisores centrales importantes, incluyendo las catecolaminas, la serotonina y la acetilcolina; con efectos secundarios sobre el humor, la memoria y la función motora (24). Estructuralmente, el cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación al envejecimiento, a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida (20).

Por su parte, el envejecimiento cardiovascular da lugar a una atenuación de la eficacia mecánica y contráctil, los cambios específicos incluyen el endurecimiento de la pared arterial, las alteraciones de la composición de la matriz vascular con un aumento de la actividad elastolítica y colagenolítica y un aumento del tono del músculo liso. De igual forma, la “rigidez vascular” causante del aumento de la presión arterial sistólica, aumenta la resistencia vascular sistémica y la pos carga cardíaca. Estos cambios se manifiestan por la hipertensión sistólica aislada mientras que el ventrículo izquierdo, que tiene mayor trabajo para eyectar la sangre hacia la aorta más rígida, finalmente se hipertrofia (25). Por otra parte, existe una declinación progresiva de las células del marcapaso auricular, resultando en una automaticidad intrínseca que puede predisponer al desarrollo de alteraciones de la conducción eléctrica y trastornos del ritmo (26).

En el sistema urinario se observa un deterioro global, con compromiso progresivo de la tasa de filtración glomerular a razón de 10% por década, y predisposición a la incontinencia (27), desde el punto de vista osteomuscular la sarcopenia describe la pérdida de la fuerza muscular que ocurre con la edad, entre la tercera



a octava década se produce una disminución del 30 % de la masa muscular y se reduce la superficie del área de fibras totales (28). La pérdida de la densidad mineral ósea predispone a la osteopenia, la osteoporosis y a un aumento del riesgo de fracturas (20).

La pérdida del soporte elástico de la vía aérea contribuye a la mayor predisposición al colapso de los alvéolos y los bronquiolos, responsable de diversos efectos sobre los volúmenes pulmonares. En los ancianos, la respuesta ventilatoria a la hipoxia o la hipercapnia está disminuida notablemente (29). La senescencia inmunológica predispone a los ancianos a las infecciones y a una recuperación más retardada, tanto las formas innata como adquirida de la respuesta inmunológica están afectadas por los cambios del envejecimiento. Se observa una alteración de la función de los macrófagos, esencialmente la fagocitosis y la presentación de antígenos (30).

En relación al sistema endocrino, con el envejecimiento se produce un aumento de la intolerancia a los carbohidratos, pero gran parte de esto se explica por otras variables independientes como la adiposidad visceral más que por el envejecimiento en sí mismo (20). En los hombres mayores hay una reducción de la secreción de testosterona que es un factor que contribuye al desarrollo de sarcopenia (31).

2.1.2 ADULTO MAYOR Y DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por un estado de ánimo invasivo y persistente acompañado de una baja autoestima y una pérdida de interés o de placer (anhedonia) en actividades que normalmente se considerarían entretenidas (32). Según la OMS, la depresión “se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio” (33).



En el adulto mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor, estos síndromes incompletos denominados depresión menor por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor (34). El Adulto Mayor muy raras ocasiones acude de forma directa por presentar trastornos afectivos, este continuamente acude por presentar quejas de origen somático, aplanamiento afectivo, insomnio, irritabilidad, alteraciones del apetito e incluso llegando a confundirse con hipocondría, pasando desapercibido en la gran mayoría de ocasiones por parte del médico, y deteriorando aún más la calidad de vida de los adultos mayores (35).

2.1.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

En la actualidad se conocen diversas teorías que intentan explicar la fisiopatología de la depresión, que incluyen cambios en las estructuras cerebrales y su funcionamiento, asimismo se plantea la participación de las monoaminas y otros neurotransmisores como glutamato y ácido γ -aminobutírico (GABA); el papel de la vulnerabilidad genética, ambiental y el papel de la inflamación, a pesar de que se conoce su interrelación no se ha dilucidado cómo interactúan (36).

En cuanto a las alteraciones estructurales y funcionales, se ha observado a nivel de la corteza cerebral que pacientes con depresión presentaban un volumen 32% inferior en comparación con los del grupo control a nivel de corteza orbito frontal mediante resonancia magnética, a nivel de hipocampo también se observaron cambios en el volumen de predominio izquierdo, mientras que desde el punto de vista metabólico, se evidenció una mayor tasa metabólica a nivel del sistema límbico, corteza prefrontal, ventromedial y temporal, tálamo y ganglios basales en pacientes con el trastorno. En cuanto a la hipótesis de las monoaminas, se ha observado que el sistema de neurotransmisores (serotoninérgico, noradrenérgico



y dopaminérgico) se encuentra disminuido tanto en sus metabolitos, transportadores y precursores (36).

2.1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN

La mejor estrategia de salud pública para un adecuado diagnóstico de depresión es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje en la atención primaria dirigidos al adulto mayor.

Según el DSM-V los criterios diagnósticos de depresión mayor son (37):

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).



6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u



otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

Debido a la dificultad para el diagnóstico en el adulto mayor, se suelen emplear otros instrumentos como la Escala Geriátrica para Depresión (Yesavage) de 15 ítems o abreviada de la original de 30 ítems, teniendo una sensibilidad y especificidad de 97% y 85%, respectivamente. Sin embargo, se limita a investigar solo síntomas cognoscitivos, excluyendo los síntomas somáticos que tiene alta prevalencia en el Adulto Mayor, otorgándole un punto a cada respuesta afirmativa o sugestiva de depresión (38).

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Cree que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1



12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- 0 a 5 Normal.
- 6 a 9 depresión leve
- Más de 10 depresión severa

2.1.5 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS Y PSICO-SOCIALES

Comprendiendo mejor que el individuo es un ser bio-psico-social y la importante influencia de la familia y sus continuos cambios y dinámica podremos entender mejor la influencia de factores tanto biológicos como sociales:

- Sexo y edad: diversos estudios realizados sobre depresión demuestran que la depresión tiene mayor prevalencia en el sexo femenino (39).
- Escolaridad: en estudios relacionados con depresión y factores de riesgo afirman que el analfabetismo o baja escolaridad están presentes en aquellos adultos mayores con depresión, tal como lo demuestra el estudio realizado en Cuba donde el total de adultos mayores estudiados con depresión, el 61,1 % alcanzó solo la primaria y solo el 13,4% el nivel académico medio y superior (40).
- Estado civil: es otro factor relacionado con la depresión en este grupo etario afectando predominantemente más viudos y solteros de sexo masculino (41).



- Ingresos económicos: Los ingresos económicos por debajo de los requeridos para satisfacer las necesidades como alimentación, educación y salud o la carencia de los mismos producen niveles de estrés elevados y podrían condicionar la aparición de depresión (42).
- Comorbilidades: Numerosos estudios sobre depresión y factores de riesgo demuestran que padecer más de una enfermedad constituye un factor para una mayor frecuencia de depresión (43).

2.1.6 FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La familia es la institución básica que influye emocionalmente y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes, como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. La funcionalidad familiar tiene un aspecto fundamental en el desarrollo psicológico del individuo, de manera que las alteraciones en su funcionamiento, conducirán a un desequilibrio físico y mental del individuo (44).

Se ha demostrado según diversos análisis que el tipo y composición de la familia influye directamente sobre la salud física y psicológica del adulto mayor, de igual forma la escasa participación o interacción tanto familiar como social del adulto mayor produce mayor deterioro cognitivo, en comparación con aquellos que mantenían contactos frecuentes con parientes o miembros de su comunidad (45).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS:

Existe asociación entre la funcionalidad Familiar, factores biológicos, socio-familiares y depresión en al adulto mayor de San Pedro del Cebollar 2015-2016

3.2 Objetivo General

Determinar los factores biológicos, socio-familiares en el adulto mayor con depresión en San Pedro del Cebollar – Cuenca período 2015-2016

3.3 Objetivos Específicos

- Caracterizar al adulto mayor de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de familia, ingresos económicos y comorbilidad.
- Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores que acuden al subcentro de salud de San Pedro del Cebollar –Cuenca 2015 2016
- Determinar la relación de los factores biológicos, socio-familiares y la depresión en el adulto mayor en el subcentro de Salud en San Pedro del Cebollar



CAPÍTULO IV

4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

4.1 Tipo de estudio:

Estudio cuantitativo analítico de corte transversal que permite conocer la frecuencia de depresión y los factores biológicos y socio-familiares, además de conocer la tipología y funcionalidad familiar en los adultos mayores.

4.2 Área de estudio:

San Pedro del Cebollar es una comunidad urbana marginal ubicada al noroccidente de la ciudad de Cuenca provincia de Azuay, la comunidad se crea luego de la construcción de la iglesia de San Pedro en el año de 1948 con una población de 4096 habitantes con un total de 2149 mujeres y 1947 hombres, un total de 322 adultos mayores. Es una comunidad heterogénea en la cual se aprecia la parte rural constituida principalmente por Racar, y San Mateo de las Cerámicas dedicándose principalmente al trabajo Artesanal como la fabricación de ladrillos, tejas, los otros sectores están urbanizados por la construcción de diversas ciudadelas o conjuntos habitacionales privados.

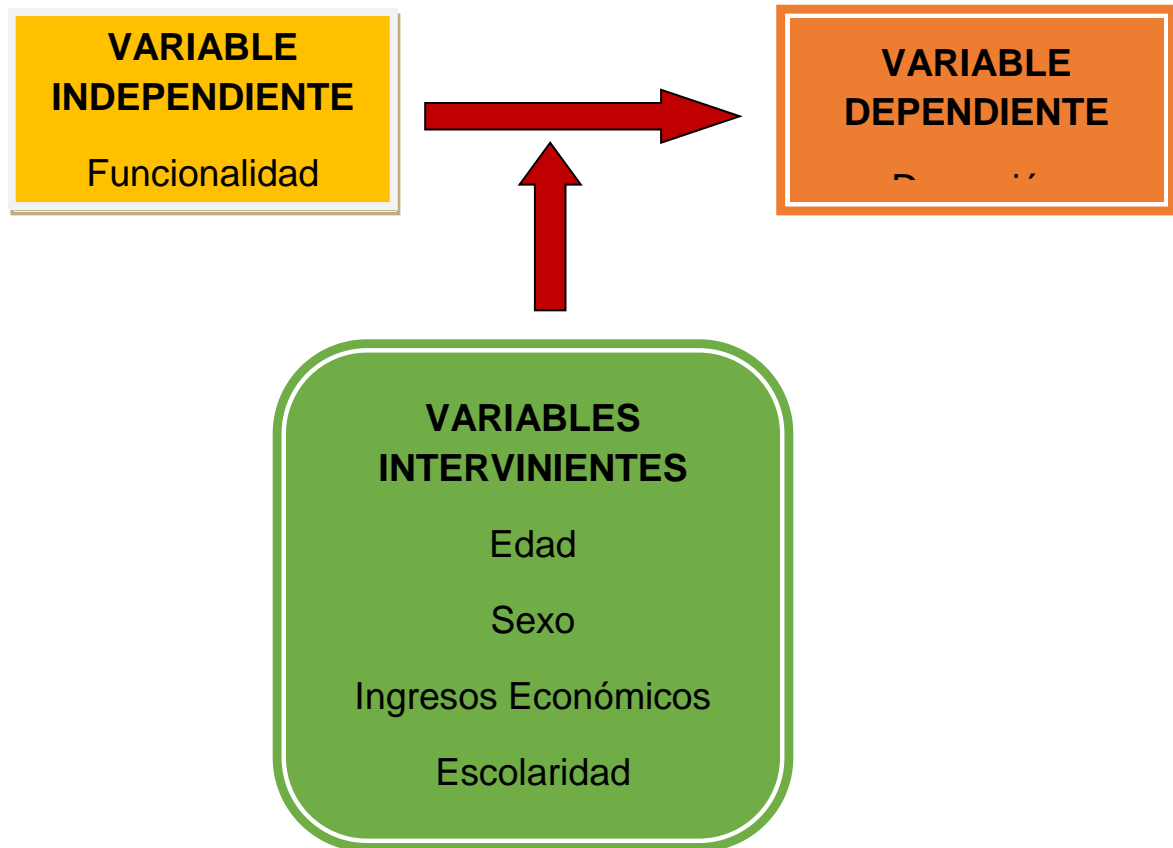
4.3 Universo y muestra de estudio

Para el cálculo de la muestra fueron considerados los siguientes criterios: Adultos mayores que corresponden San Pedro del Cebollar, para lo cual se utilizaron los datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública del año 2014 con una población total de 322 adultos mayores 169 mujeres y 153 hombres utilizando para el cálculo el software Epi- dat versión 4.1 siendo el factor con menos frecuencia, la instrucción superior con 13,4% (46) y calculado con un límite de confianza de 5% la muestra resultante con un nivel de confianza de 95% fue de 115 adultos mayores, se sumó el 10 % en caso de presentarse aquellos adultos

que no deseen participar en la investigación siendo el total de la muestra de 126 adultos mayores.

4.4 Variables

MATRIZ DE VARIABLES



**4.5 Operacionalización de variables:**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Depresión	Caracterizado por tristeza patológica	Escala de depresión	Puntaje del test de Yesavage	0-5 normal 6-9 leve Más de 10 severa
Funcionalidad familiar	Respuesta familiar para adaptarse a los cambios y crisis que enfrenta ante situaciones de estrés o crisis	Funcionalidad de la familia	FF-SIL	Funcional Disfuncional
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos	Número de años cumplidos	65-74 75-84 85 y más
Sexo	Según el fenotipo: masculino	Fenotipo	tipo de sexo	Femenino Masculino



	femenino			
Ingresos económicos	Caudales que ingresan a una persona o familia	Economía	Salario mensual	mayor a 366\$ menor a 366\$ sin ingresos otros ingresos
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado con instrucción formal	Nivel de instrucción	Nivel de escolaridad	Ninguna, primaria, secundaria, universitaria,
Comorbilidad	Dos o más enfermedades diagnosticadas	Comorbilidades	Puntaje de la escala de Charlson abreviada	Ausencia de comorbilidad: 0 – 1 puntos Presencia de comorbilidad; 2 o más puntos.
Tipo de familia	Clasificación de la familia por su estructura	Tipo de familia	Tipo de familia	F extensa F nuclear Personas sin



				familia e. familiares f corporativa f ampliada
Estado civil	Situación personal en la cual una persona se encuentra en relación con otra a través de lazos reconocidos jurídicamente.	Estado civil	Tipo de estado civil referido por el participante	Casado/a Divorciado Viudo U. libre

4.6 Criterios de inclusión:

Todos los adultos mayores con edad igual o superior a 65 años que vivan en San Pedro del Cebollar y que firmen el consentimiento informado previo a su participación y que acudan al Subcentro de salud de San Pedro del Cebollar.

4.7 Criterios de exclusión:

Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado y/o que presenten patología que produzca deterioro cognitivo que impide la realización del estudio.



4.8 Intervención propuesta:

Técnica:

Se aplicó a todos los pacientes un instrumento de recolección de datos (**ANEXO 1**) para medir los aspectos sociodemográficos, familiares y de depresión, por medio de la aplicación del test de Yesavage (38), valoración de la funcionalidad familiar mediante el FF-SIL (47) y el índice de Charlson abreviada para la evaluación de las comorbilidades (48).

4.10 Procedimiento e instrumentos para la recolección de datos

A los adultos mayores seleccionados para participar en el estudio se les aplicó un instrumento de recolección de datos que comprendió el Test de Yesavage (38) para determinar depresión: se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años, se utilizó la versión de 15 ítems, la misma que es utilizada y validada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador. La población a la cual va dirigida es la población general mayor de 65 años. Los puntos de corte son: 0-5 Normal; 6-10 depresión leve; Más de 10 depresión severa.

Para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario FFSIL, el cual mide el funcionamiento cuanti-cualitativamente basados en variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad (47). Para estimar la severidad de la comorbilidad se aplicó la escala de Charlson abreviada para medir el riesgo de mortalidad a corto plazo (48), la cual se clasifica en: Ausencia de comorbilidad: 0 – 1 puntos; comorbilidad baja: 2 y alta superior a 3 puntos . Para obtener los datos demográficos se creó un cuestionario (Anexo 1).



4.11 Plan de análisis

Para el registro, procesamiento de los datos obtenidos, elaboración de tablas y gráficos se empleó el sistema informático SPSS versión 20. Para análisis de las características generales de la población y presencia de factores biológicos y socio-familiares se utilizaron los porcentajes, para establecer la asociación entre variables se emplearon los estadísticos de chi cuadrado y la razón de prevalencia (RP), con un IC 95%. Además se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria para depresión, ajustado por todas las variables en estudio, con el procedimiento adelante-Wald, para determinar cuáles son las variables biológicas y socio-familiares relacionadas con la depresión. Se consideraron los resultados de las pruebas estadísticas como significativos cuando se obtuvo un valor de $p < 0,05$

4.13 Aspectos éticos

A todos los pacientes se les informó sobre los objetivos del estudio mediante el consentimiento informado (**ANEXO 2**), luego de su firma se aplicaron las encuestas respectivas. Por lo tanto, se garantizó el principio de autonomía, mediante la participación voluntaria y la retirada del participante cuando este lo considerase necesario. Asimismo se resguardó el principio de la confidencialidad, mediante el anonimato de todos los participantes, donde ningún nombre fue divulgado.



CAPÍTULO IV

5. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según el sexo.

Sexo	n	%
Femenino	77	61,1
Masculino	49	38,9
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El sexo femenino correspondió al 61,1% y el masculino al 38,9%.

Tabla 2. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según la edad.

Edad	n	%
65 a 74 años	64	50,8
75 a 84 años	42	33,3
85 años y más	20	15,9
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El grupo de edad más frecuente fue el de 65 a 74 años con 50,8%.



Tabla 3. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según el estado civil.

Estado civil	n	%
Soltero	9	7,1
Casado	67	53,2
Viudo	39	31,0
Divorciado	9	7,1
Unión Libre	2	1,6
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El estado civil más frecuente fue el casado con 53,2%.

Tabla 4. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según el tipo de familia.

Tipo de familia	n	%
Persona sola	19	15,1
Familia extensa	65	51,6
Familia nuclear	42	33,3
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El tipo de familia más frecuente fue la extensa con 51,6%.



Tabla 5. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según los ingresos económicos.

Ingresos económicos	n	%
Sin ingresos	10	7,9
Superior a 366\$	16	12,7
Inferior a 366\$	91	72,2
Otros ingresos	9	7,2
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El 72,2% de los adultos mayores evaluados presentan un ingreso mensual menor a 366\$.

Tabla 6. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según el nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	n	%
Ninguna	57	45,2
Primaria	62	49,2
Secundaria	5	4,0
Superior	2	1,6
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El nivel de instrucción primaria mostró una frecuencia de 49,5% y ninguna instrucción 45,2%.



Tabla 7. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según las comorbilidades.

Comorbilidades	n	%
Sin comorbilidad	100	79,4
Baja comorbilidad	25	19,8
Alta comorbilidad	1	0,8
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

La mayoría de los adultos mayores no tuvieron comorbilidades de importancia con 79,4%.

Tabla 8. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según la funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar	n	%
No funcional	88	69,8
Funcional	38	30,2
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

El 69,8% de los adultos mayores presentaron familias no funcionales.

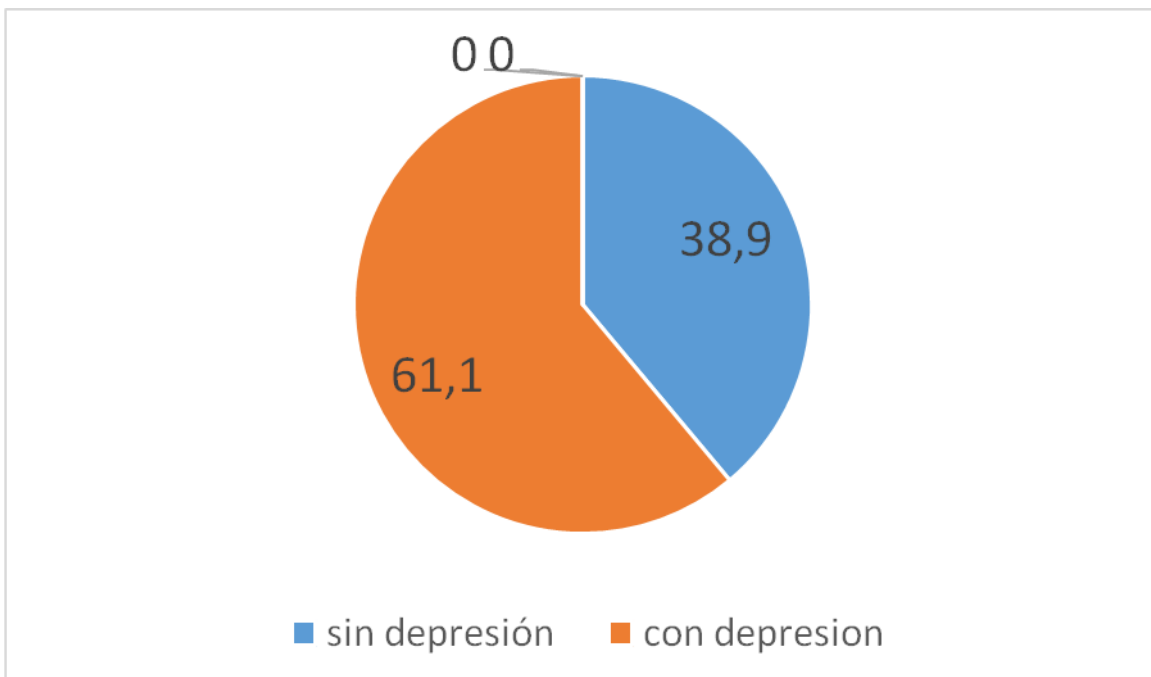
Tabla 9. Distribución de 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016 según la frecuencia de depresión.

Escala de depresión	n	%
Sin depresión	49	38,9
Depresión leve	56	44,4
Depresión moderada	21	16,7
Total	126	100,0

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

Figura 1. Prevalencia de depresión en 126 adultos mayores del Sub centro de salud San Pedro del Cebollar 2016.



Interpretación: La prevalencia de depresión fue de 61,1%.

**Tabla 10. Asociación entre la depresión y los factores biológicos-socio familiares identificados en la población estudiada del Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar 2016.**

	Con depresión		Sin depresión		<i>P</i>
	n	%	n	%	
Comorbilidad					0,340
Con comorbilidad	18	69,2	8	30,8	
Sin comorbilidad	59	59,0	41	41,0	
Edad					0,165
Más de 85 años	15	75,0	5	25,0	
Menos de 85 años	62	58,5	44	41,5	
Sexo					0,983
Femenino	47	61,0	30	39,0	
Masculino	30	61,2	19	38,8	
Instrucción					0,009
Sin instrucción	42	73,7	15	26,3	
Con instrucción	35	50,7	34	49,3	
Ingresos económicos					0,558
Menos de 366	63	62,4	38	37,6	
Más de 366	14	56,0	11	44,0	
Tipo de familia					0,478
Sin familia	13	68,4	6	31,6	
Con familia	64	59,8	43	40,2	
Funcionalidad familiar					<0,001
No Funcional	68	77,3	20	22,7	
Funcional	9	23,7	29	76,3	

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

Interpretación: El nivel de instrucción mostró asociación significativa con depresión ($p=0,009$), los sujetos sin instrucción presentaron mayor depresión (73,7%). La



disfuncionalidad familiar mostró una asociación significativa ($p < 0,001$), porque las familias disfuncionales tuvieron mayor depresión (77,3%)

Tabla 11. Análisis bivariado de los factores de riesgo asociados biológicos y socio familiares a la depresión en la población estudiada del Subcentro de Salud San Pedro del Cebollar 2016.

Factores asociados	Con depresión		Sin Depresión		RP	IC 95%		p
	n	%	n	%		Inf.	Sup.	
Con comorbilidad	18	69,2	8	30,8	1,564	0,621	3,936	0,340
Mayor 85 años	15	75,0	5	25,0	2,129	0,721	6,290	0,165
Sin instrucción	42	73,7	15	26,3	2,720	1,278	5,788	0,009
Sexo femenino	47	61,0	30	39,0	1,008	0,483	2,102	0,983
Con ingresos menores 366	63	62,4	38	37,6	1,303	0,537	3,161	0,558
Persona sola	13	68,4	6	31,6	1,456	0,514	4,126	0,478
Disfunción familiar	68	77,3	20	22,7	3,263	1,823	5,838	<0,001

RP: Razón de prevalencia; IC: Intervalo de confianza

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

Se encontraron dos factores de riesgo significativos para depresión; falta de instrucción (RP=2,720; IC95%: 1,278-5,788; $p=0,009$) y disfuncionalidad familiar (RP=3,263; IC95%: 1,823-5,383; $p < 0,001$).



Tabla 12. Regresión logística múltiple para depresión en los adultos mayores del Sub Centro de san Pedro del Cebollar. Cuenca 2016

Factores asociados	OR*	IC		p
		Inf	Sup	
Sin Instrucción	2,783	1,158	6,686	0,022
Disfuncionalidad	11,084	4,381	28,046	<0,001

OR= Odds ratio ajustado por todas las variables estudiadas.

Fuente: base de datos

Elaborado por: Andrés Suquilanda

Interpretación: El análisis multivariante demuestra que tanto la disfuncionalidad familiar como la falta de instrucción son factores de riesgo determinantes para la depresión.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Los factores que inciden en la aparición de depresión geriátrica son múltiples, por eso su identificación precoz permiten el diagnóstico oportuno. La evaluación integral de este grupo de pacientes y de su entorno familiar, permiten conocer el grado de apoyo, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, (49).

En este sentido, la prevalencia de depresión encontrada en este estudio (61,1%), fue ligeramente menor a la mostrada por Márquez-Cardozo y colaboradores, en 277 adultos mayores de México (50); pero superior a la mostrada en 220 sujetos de una población Española con 34,5% (51) y de 511 sujetos mexicanos afiliados a una institución militar con 41,7% (52). Torres Moreno describe una prevalencia de depresión del 31% en la consulta externa de un hospital en Perú (53).

En Ecuador, algunos reportes han utilizado el test de Yesavage para describir la prevalencia de depresión, Cabrera Fuentes realizó un estudio en la Parroquia Asunción en Azuay, en 64 adultos mayores, obteniendo una prevalencia de depresión moderada fue de 64,1%, y 29,6% de depresión severa (54). Por otro lado Palomeque y colaboradores, condujeron un estudio en la parroquia de Cañaribamba de Cuenca, en 300 adultos mayores, obteniendo una prevalencia de depresión del 14,7% (55).

Crespo Vallejo llevo a cabo un estudio en 84 adultos mayores residentes en casas de reposo de la Provincia del Cañar, obteniendo 69,7% de depresión en el sexo masculino y 70,59% en el sexo femenino (56). Aucapiña determinó una prevalencia de depresión del 50,0% mediante el test de Yesavage en la ciudad de Cuenca (57). De igual manera, al evaluar la prevalencia en nuestro país y



específicamente en nuestra ciudad, Silva reportó una prevalencia de 50% de este trastorno en adultos pero que residen en una institución gerontológica (58). No obstante, un aspecto metodológico a considerar es que muchos de los estudios realizados en Ecuador son llevados a cabo en institutos geriátricos.

Es importante resaltar la alta frecuencia de esta enfermedad, considerando que el índice de mortalidad tanto de hombres como de mujeres de la tercera edad con depresión o sentimientos de soledad, es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas (59). Además, pese a que se ha reportado un amplio rango de variabilidad dependiente del instrumento de detección empleado, los diversos estudios comparados utilizan la escala de Yasavage para la definición del trastorno.

Diversos factores como el sexo, edad, nivel de ingreso económico, aislamiento y presencia de comorbilidades parecen no tener un impacto relevante, lo cual difiere con reportes previos (51,60). Esto no es concordante con otros estudios como el de Sengupta y colaboradores en 3.038 adultos mayores de 60 años de edad en la India, que reportó mayor depresión a mayor edad (61), asimismo Martínez Baquero y colaboradores han descrito mayor depresión en los sujetos con bajo ingreso económico (62). Estas diferencias demuestran las variabilidades regionales de estas características y el predominio de los elementos psicológicos en la aparición de la depresión.

Los principales factores relacionados a depresión en este grupo etario, el nivel de instrucción tuvieron asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con una prevalencia superior al 70% en aquellos sin instrucción. Estos resultados coinciden con los exhibidos por Segura-Cardona y colaboradores, en más de 4000 sujetos mayores de 60 años residentes de los municipios del departamento de Antioquia, Colombia (60); así como en la población mexicana donde se evidenció una relación lineal entre los niveles de escolaridad y la frecuencia de la enfermedad (52), probablemente asociada a una autopercepción de salud diferente o alterada. Park y colaboradores realizaron un estudio en 7.320 coreanos mayores de 55



años de edad, observado mayor depresión entre los sujetos con menor escolaridad (63). No obstante, existen resultados discordantes con respecto a esta relación (64), que podrían estar influenciadas por otras variables como el sexo y la edad.

La disfuncionalidad familiar es otro de los factores asociados a la presencia de depresión ($p < 0,05$) en este estudio, similar a lo planteado por Velasco y colaboradores, en 556 adultos mayores del norte de México donde se evidencia hasta 4 veces más riesgo de presentar el trastorno (65). De igual manera, Almeida y colaboradores, han reportado la relación entre el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores de Brasil, lo cual podría conducir a falta en el autocuidado resultando en un aumento de la morbilidad y grado de dependencia (66).

Una mayor funcionalidad se asocia con menor depresión, este hecho ha sido descrito a nivel mundial, Wang y colaboradores estudiaron a 102 adultos mayores deprimidos y 107 no deprimidos en China, observando que la disfunción familiar fue un factor de riesgo para depresión (67). En Ecuador, Ordóñez Abrigo observó que la disfunción familiar representa un factor de riesgo significativo para la disminución de la calidad de vida y por ende aumento de depresión, tanto en el área urbana como rural (68). Asimismo, Aucapiña evidenció un elevado porcentaje de disfuncionalidad (83,3%) en los adultos deprimidos (57).

Por lo tanto, la funcionalidad familiar debe ser considerada como un objetivo fundamental, tanto en el cuidado del adulto mayor como para cualquier grupo etario, ya que mejora el perfil patológico de diversas enfermedades, además de la depresión (69). Los adultos mayores tendrían un gran beneficio con la aplicación de políticas de acción que se enfoquen en mejorar la funcionalidad familiar. El médico familiar, desempeña un papel importante en el proceso generador y de mantención de la salud, y no solo en su proceso de rehabilitación (70).



El personal de salud, especialmente el médico de atención primaria debe ir destinado a identificar a los sujetos en riesgo mediante la exploración sistemática de los principales factores asociados, que en el caso de nuestra población lo constituyen la disfuncionalidad familiar y la ausencia de instrucción o bajo nivel educativo. Todo esto con el fin de brindar un manejo integral adecuado de los afectados, interviniendo no solo con terapia farmacológica, sino también con terapia psicológica que involucre no solo al paciente sino a sus familiares, enfatizando el importante rol que juegan en la recuperación y mejor calidad de vida de los individuos adultos mayores.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

7.1.1. La prevalencia de depresión en el grupo de estudio fue de 61,1%, un porcentaje elevado en comparación con reportes previos.

7.1.2. La disfuncionalidad familiar fue el principal factor asociado a la presencia de depresión en adultos mayores en San Pedro del Cebollar, Cuenca.

7.1.3. La ausencia de instrucción o bajo nivel educativo es otro importante factor asociado al trastorno mental en la población estudiada.

7.1.4. Los factores psicosociales parecen tener una mayor relación con la depresión en comparación con los factores biológicos en adultos mayores en San Pedro del Cebollar, Cuenca, tal como lo demuestra la falta de asociación de variables como la edad, sexo y presencia de comorbilidades.



7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Debe reforzarse la promoción de la salud y la identificación temprana de los diversos trastornos mentales que afectan al adulto mayor, especialmente de la depresión dada su alta frecuencia en nuestra localidad.
- 7.2.2 Es importante el abordaje integral y el interrogatorio de los diversos factores psicosociales de los individuos mayores con riesgo de depresión, detallando su nivel educativo y su dinámica familiar.
- 7.2.3 Deben realizarse intervenciones familiares y comunitarias que promuevan la participación activa del adulto mayor para afrontar el envejecimiento y las situaciones problemáticas frecuentemente asociadas a este proceso.
- 7.2.4 Se recomienda realizar futuros análisis enfocados en la dinámica familiar de nuestra población con el fin de establecer los principales determinantes de su disfuncionalidad, para plantear estrategias destinadas a su intervención oportuna.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva. Abril 2016. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
2. CEPAL. Las personas mayores en América Latina y el Caribe. 2014. Disponible: <http://www.cepal.org/es/infografias/las-personas-mayores-en-america-latina-y-el-caribe>.
3. Freire W. Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento. Ecuador, 2009-2010. Disponible: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf/>.
4. Chi MJ, Lee CY, Wu SC. The prevalence of chronic conditions and medical expenditures of the elderly by chronic condition indicator (CCI). Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(3):284-9.
5. Saavedra-González AG, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Familiar 2016;23:24-8.
6. Shidhaye R, Gangale S, Patel V. Prevalence and treatment coverage for depression: a population-based survey in Vidarbha, India. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51(7):993-1003.
7. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Médica Chile. octubre de 2014;142(10):1297-305.
8. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):307-22.
9. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. Psychiatr Clin North Am. 2011; 34(2): 469-x.
10. Paz JFL. El proceso de envejecimiento, especialmente en las personas mayores, dinamizado por valores asociados al encuentro intergeneracional. Rev Mal Estar E Subjetividade. marzo de 2011;11(1):13-38.
11. Heun R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. Eur Psychiatry. 2005;20(3):199-204.



12. Sözeri-Varma G. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging Dis.* 2012; 3(6): 465-471.
13. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). Ecuador 2012. Disponible: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf Acceso: 01/02/2017.
14. Allevato MA, Gaviria J. Envejecimiento. *Act Terap Dermatol* 2008; 31: 154.
15. Cortés N AR, Villarreal R E, Galicia R L, Martínez G L, Vargas D ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Rev Médica Chile* 2011;139(6):725-31.
16. Regato Pajares P. A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Aten Primaria* 2002;30:77-9.
17. Bischof GN, Park DC. Obesity and Aging: Consequences for Cognition, Brain Structure, and Brain Function. *Psychosom Med.* 2015;77(6):697-709.
18. Ballesteros, S., y Miembros de la UMAM. Aprendizaje y memoria en la vejez. Madrid: UNED, Aula Abierta. 2002.
19. Mather M. The emotion paradox in the aging brain: The emotion paradox in the aging brain. *Ann N Y Acad Sci.* marzo de 2012;1251(1):33-49.
20. Salech F, et al. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev med clin condes.* 2012; 23(1) 19-29.
21. Brenes-Camacho G. Factores socio-económicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. *Cienc Econ (San Jose).* 2013; 31(1): 153–167.
22. Charles S, Carstensen LL. Social and Emotional Aging. *Annu Rev Psychol.* 2010; 61: 383–409.
23. Luong G, Charles ST, Fingerman KL. Better with age: Social relationships across adulthood. *J Soc Pers Relatsh.* 2011;28(1):9-23.
24. Harada CN, Natelson MC, Triebel K. Normal Cognitive Aging. *Clin Geriatr Med.* 2013; 29(4): 737–752.
25. Strait JB. Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart Fail Clin.* 2012; 8(1): 143–164.



26. Dai X, et al. Cardiovascular physiology in the older adults. *J Geriatr Cardiol.* 2015; 12(3): 196–201.
27. Dubeau CE. The aging lower urinary tract. *J Urol.* 2006;175(3 Pt 2):S11-5.
28. Siparsky PN, Kirkendall DT, Garret Jr WE. Muscle Changes in Aging Understanding Sarcopenia. *Sports Health.* 2014; 6(1): 36–40.
29. Sharma G, Goodwin J. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clin Interv Aging.* 2006; 1(3): 253–260.
30. Haase H, Rink L. The immune system and the impact of zinc during aging. *Immun Ageing.* 2009; 6: 9.
31. Owens D, Kalra S, Sahay R. Geriatric endocrinology. *Indian J Endocrinol Metab.* 2011; 15(2): 71–72.
32. Alberdi-Sudupe J, et al. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clin* 2013; 74 (4): 161-174.
33. Organización mundial de la Salud. Depresión. Nota descriptiva. 2016. Disponible: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
34. Peña-Solano DM, et al. Depresión en Ancianos. *Rev.Fac.Med.* 2009;57 (4):347-355.
35. Hernández Viadel M, et al. Trastorno depresivo de la personalidad. *Psiquiatr Biol* 2002;9:200-6.
36. Diaz BA, Gonzalez C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012;11(3):106-115.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
38. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735-43.
39. Von Mühlenbrock F, et al. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49 (4): 331-337.
40. Perez VT. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. 2008. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n3/mgi02308.pdf>.



41. Borda Pérez M, Anaya Torres MP, Pertuz Rebolledo MM, Romero de León L, Suárez García A, Suárez García A. Depression older adults in four nursing homes of Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors. *Rev Salud Uninorte*. 2013;29(1):64-73.
42. Fiske A, et al. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5: 363–389.
43. Timm AC, et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 2016; 19(1):95-103.
44. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A, others. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38:637-44.
45. Tuesca-Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77(5):595-604.
46. Martínez V, Arcia N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Bibl Virtual Salud Dispon En Bvs Sld Curevistasmgivol24308mgi02308 Htm* [Internet]. [citado 4 de febrero de 2015]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n3/mgi02308.pdf>
47. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D de la, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cuba Enferm*. 1999;15(3):164–168.
48. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
49. Llanes H, et al. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Rev de ciencias médicas. La Habana*. 2015 21(1):65-74.
50. Márquez-Cardozo E, Soriano S, et al. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria* 2005;36:345.
51. Sarró-Maluquer M, et al. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013;39(7):354---360.
52. Castro M, Ramirez S, et al. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(4): 132-137.



53. Torres Moreno Isabel. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Tesis previa la obtención del título en especialista en medicina familiar. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina. 2013.
54. Diana Margarita Cabrera Fuentes. Estudio de la correlación múltiple entre bullying, funcionalidad familiar y bajo rendimiento escolar cognitivo en las asignaturas de lenguaje y matemática. Tesis previa la obtención del título de Psicóloga Clínica. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. 2011.
55. Palomeque Flores AC, Peralta Miranda EY. Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca 2013. Tesis previa la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca. 2013.
56. Jonathan Raúl Crespo Vallejo. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011” Tesis previa a la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca. Facultad De Ciencias Médicas. 2011.
57. Aucapiña Catalina. Funcionalidad familiar como factor de depresión en los ancianos del geriátrico fundación casa plenitud. Noviembre 2010 - abril 2011. Tesis de grado previo al optar el título de médico familiar. Universidad del Azuay 2011.
58. Silva M, Vivar V. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Tesis conducente al grado de Psicología clínica. 2015.
59. Aguilar S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Clínica de Geriátria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Revista Gaceta Médica de México. 2006;143(2), 141-148.
60. Segura-Cardona A, et al. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 2015;17 (2): 184-194.
61. Sengupta P, Benjamin A. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. Indian J Public Health. 2015;59(1):3-8.
62. Martínez Baquero L. Vejez, ¿un final «triste» para una historia de vida?. Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. ENFOQUES. 8 de abril de 2015;1(1):72-90.



63. Park H, Hwangbo Y, Lee Y-J, Jang E-C, Han W. Employment and occupation effects on late-life depressive symptoms among older Koreans: a cross-sectional population survey. *Ann Occup Environ Med.* 2016;28:22.
64. Cole MG, Dendukuri N. Risk Factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2003; 160(6):1147-56.
65. Velasco V, et al. Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. 15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2014. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/62/38/54/6238547443165865989105993544673060015>.
66. Almeida R, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48 (3):.469-476.
67. Wang J, Shang J, Kearney JA. Mental health disorders in home care elders: An integrative review. *Geriatr Nur (Lond).* enero de 2016;37(1):44-60.
68. Ordóñez Abrigo Lida María. Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad De Atención Ambulatoria La Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar. Disertación previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. 2011.
69. Takenaka H, Sato J, Suzuki T, Ban N. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med.* 25 de junio de 2013;7:13.
70. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría* 2011; 2 (1): 41-48.



ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Formulario para obtención de las características generales de la población

Nombre del encuestador: _____

N° encuesta: _____ Fecha de la encuesta: d: ____ m: ____ a: 201__

1. Datos de filiación:

Edad: ____ años

Sexo:

F: M:

Estado civil:

Soltero/a: Casado/a: Viudo/a: Divorciado/a:

Unión Libre:

Instrucción:

Ninguna: Primaria: Secundaria:

INGRESOS ECONOMICOS:

Sin ingresos

Superior a 366 \$

Menor a 366 \$



Otros ingresos

Tipificación de las familias:

En la misma vivienda conviven:

1. Abuelos con su hijo/a casados junto con su pareja:

SI NO

2. Abuelos con su hijo casado junto con su pareja y sus hijos

SI NO

3. Abuelos con sus nietos

SI NO

Respuesta **SI** en una de las tres: **f. Extensa.**

1. Pareja con o sin hijos, pero sin otro familiar:

SI NO

Respuesta **SI** familia nuclear.

Si convive Ud. Con su pareja y/o con sus hijos (sin otro familiar en la misma vivienda), pero tiene a otros miembros de su familia viviendo en el mismo barrio?

SI NO

Respuesta **SI**: con parientes próximos; **NO**: sin parientes próximos

**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE (15 ITEMS)**

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
	Puntuación total =	
INTERPRETACIÓN:	0 – 5: Normal 6 – 9: Depresión leve 10 o más: Depresión severa	

**ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL**

FUNCIÓN		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?					
2.	En mi casa predomina la armonía?					
3.	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades?					
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria					
5.	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa ¿?					
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos?					
7.	Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles?					
8.	Cuando alguien de la familia tiene un problema: ¿los demás le ayudan?					
9.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobre cargado?					
10	Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones?					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor?					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda de otras personas?					
13	Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar?					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos?					

Funcional:

- Funcional: 57 a 70 puntos
- Moderadamente funcional: 43 a 56 puntos

Disfuncional:

- Disfuncional: 28 a 42 puntos
- Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos



ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (VERSIÓN ABREVIADA)

En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparentemente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar.

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardiaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIO-FAMILIARES EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN, EN SAN PEDRO DEL CEBOLLAR CUENCA-CUENCA 2015-2016

Investigador:

Md. José Andrés Suquilanda Heredia

Lugar donde se llevará a cabo el estudio: Subcentro e salud san pedro Del cebollar

Este formulario de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda.

Por favor solicite al investigador o a cualquier personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia para discutirlo con la familia o amigos antes de tomar su decisión.

INTRODUCCIÓN

Yo, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad de Cuenca, me encuentro desarrollando un estudio investigativo que servirá para obtener mi título en dicha especialidad, para tal efecto Ud. Ha sido invitado/a a participar. Antes de que tome su decisión por favor lea este formulario cuidadosamente y realice todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y beneficios.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los participantes serán las personas mayores de 65 años que acuden al SCS San Pedro Del Cebollar, no podrán participar quienes tengan alteraciones cognitivas u otro tipo de discapacidad calificada por el CONADIS que impida su participación. Se espera que se integren en el estudio 127 adultos mayores.

PROCEDIMIENTOS

Se realizará la aplicación de las encuestas en la unidad de salud (SCS San Pedro del Cebollar), se formularán una serie de preguntas relacionadas con la depresión y sus factores biológicos y socio familiares relacionados, posteriormente se aplicará una prueba que permitirá evaluar la presencia o no de depresión.

Este proceso se llevará a cabo un tiempo aproximado de 45 minutos por participante, en jornada durante la mañana y la tarde en el SCS San Pedro del Cebollar.



RIESGOS

Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

BENEFICIOS

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio. La información de este estudio de investigación podría conducir a un mejor estilo de vida para el futuro.

COSTOS

No hay ningún costo por la participación en el estudio.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

La participación suya en este estudio es voluntaria

. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. La decisión suya no resultará en ninguna penalidad o pérdida de beneficios para los cuales tenga derecho. De ser necesario, su participación en este estudio puede ser detenida en cualquier momento por el investigador del estudio o por el patrocinador sin su consentimiento.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada y fechada de este documento para usted.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en este han sido atendidas. Libremente consiento a participar en este estudio de investigación.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud a las personas antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.



Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: _____

Si es analfabeto:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____, y

Huella dactilar del participante:

Fecha _____

Nombre del investigador _____

Firma _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador)