



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

**Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las
Unidades de Salud de Quilloac y Cañar en el año 2017 - 2018**

Tesis previa a la obtención del
título de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Autor:

Md. César Eduardo Vélez Espinoza

CI: 0104238571

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CI 0103260675

Cuenca, Ecuador

2019

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor de las unidades de salud de Quilloac y Cañar en el 2017 - 2018.

Métodos y materiales: se diseñó un estudio transversal y analítico realizado en las unidades de salud de Quilloac y Cañar de la Provincia de Cañar, Ecuador. Las unidades de observación consistieron en los adultos mayores de ambos sexos, mayores de 65 años, con autonomía funcional, y dispuestos a participar en el estudio. Se realizó un muestreo aleatorizado, incluyendo un total de 323 individuos, utilizándose la escala de Yesavage y el test FF-SIL como instrumentos para determinar las variables de estudio incluidos en un formulario de recolección de datos. Para el análisis, se calculó la prueba Chi cuadrado y los OR con sus IC 95% para evaluar la asociación entre variables.

Resultados: la prevalencia de depresión fue del 45,7% en Cañar y 35,8% en Quilloac. Los factores asociados a depresión en la unidad de salud de Cañar fueron la migración (OR=4,85; IC 95%= 1,70-13,85; $p=0,001$), las comorbilidades (OR=3,22; IC 95%= 1,66-6,24; $p=0,001$) y no ser indígena (OR=2,30; IC 95%=1,14-4,65; $p=0,018$), mientras que en la unidad de salud de Quilloac, la presencia de comorbilidades (OR=2,73; IC 95%= 1,16-6,39; $p=0,018$) y no ser indígena (OR=0,37; IC 95%= 0,18-0,74; $p=0,004$) se asociaron a la depresión.

Conclusiones: la prevalencia de depresión fue del 35-45%. La migración familiar, comorbilidades y la auto-identificación fueron factores asociados a la depresión en esta población de adultos mayores.

Palabras clave: Depresión. Adulto mayor. Funcionalidad familiar. Migración. Comorbilidades.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of depression and associated factors in older adults of the health units of Quilloac and Cañar in 2017 - 2018.

Methods and materials: a cross-sectional and analytical study was carried out in the health units of Quilloac and Cañar of the Province of Cañar, Ecuador. The observation units consisted of older adults of both sexes, over 65 years old, with functional autonomy, and willing to participate in the study. A randomized sample was made, including a total of 323 individuals, using the Yesavage scale and the FF-SIL test as instruments to determine the study variables included in a data collection form. For the analysis, the chi square test and the OR with their 95% CI were calculated to evaluate the association between variables.

Results: the prevalence of depression was 45.7% in Cañar and 35.8% in Quilloac. The factors associated with depression in the Cañar health unit were migration (OR= 4.85, 95% CI= 1.70-13.85, $p=0.001$), comorbidities (OR= 3.22, 95% CI %= 1.66-6.24, $p= 0.001$) and not being indigenous (OR= 2.30, 95% CI= 1.14-4.65, $p= 0.018$), while in the health unit of Quilloac, the presence of comorbidities (OR= 2.73, 95% CI= 1.16-6.39, $p= 0.018$) and not being indigenous (OR= 0.37, 95% CI= 0.18-0.74; $p=0.004$) were associated with depression.

Conclusions: the prevalence of depression was 35-45%. Family migration, comorbidities and self-identification were factors associated with depression in this population of older adults.

Keywords: Depression. Older age. Family functionality. Migration. Comorbidities.



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	10
1.1 INTRODUCCION	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.....	14
CAPITULO II	15
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1.1 Depresión como problema de salud pública	15
2.1.2 Criterios diagnósticos de depresión	15
2.1.3 Depresión en el adulto mayor	17
2.1.4 Manifestaciones clínicas y diagnóstico en el adulto mayor	18
2.1.5 Determinantes de la depresión en el adulto mayor	20
2.1.5.1 Determinantes biológicos de la depresión en el adulto mayor	21
2.1.5.2 Componentes psicológicos de la depresión en el adulto mayor	25
2.1.5.3 Componentes socio-familiares de la depresión en el adulto mayor	28
2.1.6 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor	30
2.1.7 Antecedentes de investigación	31
2.1.8. Modelo biopsicosocial de la salud-enfermedad	35
2.1.9. Principios de la Medicina familiar.....	40
2.1.10. Modelo de atención integral a la salud.....	41
CAPITULO III	44
3.1 OBJETIVO GENERAL	44
Md. César Eduardo Vélez Espinoza	4



3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
CAPITULO IV.....	45
4. METODOLOGÍA.....	45
4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	45
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	45
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	45
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	47
4.5 VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES, VER ANEXO 1)	47
4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	50
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
CAPITULO V.....	52
5. RESULTADOS.....	52
CAPITULO VI.....	64
6. DISCUSIÓN.....	64
CAPITULO VII.....	69
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
7.1 CONCLUSIONES.....	69
7.2 RECOMENDACIONES.....	70
CAPITULO VIII.....	71
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
CAPITULO IX.....	78
9. ANEXOS.....	78

**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
institucional**

César Eduardo Vélez Espinoza en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las Unidades de Salud de Quilloac y Cañar en el año 2017 - 2018**, de conformidad con el art. 114 del CODIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL Y DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el repositorio institucional de conformidad a lo dispuesto en el art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 5 de abril del 2019



César Eduardo Vélez Espinoza

CI: 0104238571



Cláusula de propiedad intelectual

César Eduardo Vélez Espinoza, autor de la tesis **Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las Unidades de Salud de Quilloac y Cañar en el año 2017 - 2018**, certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 5 de abril del 2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, positioned above a dashed horizontal line.

César Eduardo Vélez Espinoza

CI: 0104238571



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi querida Universidad de Cuenca por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, a las autoridades del Distrito de Salud 03D02 Cañar – Tambo, al personal de salud de las Unidades operativas de Quilloac y Cañar, a todo/as las personas del grupo de adultos mayores por colaborar en mi estudio.

De la misma manera presento mi agradecimiento sincero hacia el Doctor Ismael Morocho por los conocimientos impartidos, apoyo y empeño brindado al dirigir y asesorar mi investigación.

De manera especial al Dr. Ulises Freire y al Dr. José Ortiz quien me ha guiado y apoyado en este proceso de formación, así como al personal docente de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Cuenca.

Md. César Eduardo Vélez Espinoza



DEDICATORIA

A mí querido hijo Cesítar por darme esa energía de seguir a pesar de las adversidades.

A mi madre Lucía por ser el pilar fundamental de mi vida y brindarme su paciencia, confianza y amor para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Roddny y Marcos por los ánimos y el apoyo incondicional en la formación de mi carrera y mi vivir.

A todos mis amigos sinceros que han compartido conmigo tantos años de sueños y metas.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso fisiológico y demográfico de relevancia en la vida humana, donde los adultos experimentan de forma progresiva cambios biológicos, familiares y sociales. Este proceso se ve reflejado en el total de la población de un país, siendo importante brindar beneficios socioeconómicos y médicos a este grupo de individuos que forman parte de la sociedad y en muchos casos de la fuerza trabajadora de la nación. Por esta razón, se decidió realizar esta investigación, enfocándose en la relación de los factores psicosociales y familiares en la salud mental del adulto mayor, teniendo en consideración el ciclo vital específico que atraviesan. El informe de la tesis está distribuido en V capítulos:

- En el capítulo I se discutió el problema de la investigación y su justificación.
- En el capítulo II se constituyó un marco teórico del tema según la bibliografía actual, dividida en los componentes biológicos, psicológicos y socio-familiares de la depresión.
- En el capítulo III se detallan los objetivos de la investigación.
- En el capítulo IV se explica los lineamientos metodológicos seguidos para llevar a cabo la investigación.
- En el capítulo V se presentan los resultados de la investigación.
- En capítulo V, se realizó la discusión de los resultados.
- Por último en el capítulo VI, se detallan las conclusiones y recomendaciones basadas en la investigación.

A nivel mundial, la enfermedad depresiva es una de las pandemias más importantes de nuestro siglo, se presenta en personas de cualquier edad, raza y condición ocupacional. El cuadro depresivo se presenta de formas muy diversas, como la baja del estado de ánimo, síntomas físicos como el insomnio, la pérdida de apetito y de peso. El paciente tiene también grandes dificultades para concentrarse, para memorizar y pierde destrezas en su trabajo (1).

En estos tiempos modernos la población de adultos mayores ha aumentado de manera progresiva debido a los cambios demográficos, primero el aumento en la proporción de personas de 65 años o más en relación a la población total, es decir, el envejecimiento poblacional y segundo el aumento de la esperanza de vida. Esto debido al mejoramiento en las condiciones de salud, además de los avances en el plano social, económico y cultural (2).

Se debe resaltar que las personas no envejecen de la misma forma, debido a la calidad de vida y a la funcionalidad durante la vejez, estos aspectos se relacionan con las oportunidades y privaciones que se han tenido en el transcurso de la vida, la exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a educación y a la promoción de la salud, lo que hace que sean vulnerables a enfermedades que se desarrollan en la etapa adulta y que desencadenan su cronicidad en la última etapa que es el envejecimiento (3).

En Ecuador, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales como la aparición de nuevos roles y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar (4). El funcionamiento familiar requiere de la existencia de una dinámica adecuada en la familia, donde hay determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto (5).

La migración en el Ecuador hace que el padre de familia cabeza de hogar salga del país, dejando a sus hijos a cargo de familiares adultos mayores, destruyendo así la base de la integración familiar. Cabe mencionar que este distanciamiento mejora la economía y poder adquisitivo de los que se quedaron en el país, no así en la realidad afectiva que va disminuyendo (6). Todos estos

factores psicológicos, sociales y familiares pueden incidir en el adulto mayor vulnerable biológicamente, haciéndolo más propenso a presentar depresión.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio es parte de los esfuerzos que se hacen en los distintos estamentos para obtener cifras reales de prevalencia de depresión en el adulto mayor en la comunidad y sus factores asociados, a fin de establecer parámetros de referencia adecuados para evaluar y promover campañas informativas dirigidas específicamente a este grupo.

En Ecuador en el año 2015, se estimó un total de 16.624.858 habitantes, de ellos 1.180.364 adultos fueron mayores de 65 años de edad, es decir el 7.1% de la población nacional son adultos mayores. Según el INEC, en el censo de la población y vivienda, la distribución nacional de adultos mayores es de 51% para las mujeres y de 49% para los hombres (7).

En un estudio realizado en 2014, se reportó que la población de adultos mayores en Ecuador ha crecido con una expectativa de vida de 75,2 años de edad, predisponiendo a presentar enfermedades crónicas y mentales. De allí se estima que aproximadamente el 10% de los ancianos que residen en la comunidad presentan trastornos depresivos, cifra que aumenta a un 15-35% cuando viven en residencias (8).

Se ha reportado que, entre los adultos mayores, solo el 13,6% realiza una ocupación que se corresponde con su sexo y edad. Por otra parte, la encuesta "SABE" realizada en Ecuador determinó que 132.365 adultos mayores viven solos, 41.000 del total están en estado de indigencia o en malas condiciones, mostrando que la familia no se hace responsable por sus adultos mayores, quienes son considerados como carentes de utilidad y, por tanto, dejados a la deriva (9).

La migración ecuatoriana ha mejorado la situación económica de la familia pero con efectos devastadores en la desintegración familiar y el cambio de roles afectivos, que desencadena enfermedades crónicas y mentales en los familiares de quienes migran, con énfasis en los adultos mayores (7).

La depresión también impacta en la calidad de vida de los pacientes, sus familiares y costos sociales. Para el año 2020 la depresión podría ser la primera causa de pérdida de años saludables en países desarrollados y la segunda a nivel global. En países latinoamericanos como es el caso de México, se ha reportado una prevalencia de 6% en hombres y 9,5% en mujeres mayores a 60 años. (10). En un estudio realizado en Polonia en 2016, se evaluaron diversos factores asociados a la depresión, donde se evidenció que el 22,8% fue diagnosticado con al menos 4 enfermedades crónicas y el 29,0% con síntomas de depresión (11).

En un estudio realizado en México en 2009, sobre depresión y su correlación con la función familiar en adultos mayores, se menciona que la prevalencia de depresión en hombres fue de 42,7% y en mujeres del 51,9%; la prevalencia global, considerando ambos géneros fue del 47,6%. Entre los adultos mayores en los que no se hizo diagnóstico de depresión por la encuesta de Yesavage, la prevalencia de individuos viviendo en familias funcionales fue del 65,4% mientras que 27,2% se encontraban en familias ligeramente disfuncionales, 3% en moderadamente funcionales y el 4,4% en familias con una alta disfuncionalidad (12).

En un estudio realizado en Loja en el 2015, sobre prevalencia de enfermedades en el adulto mayor se encontró hipertensión arterial en un 29%; seguida de la diabetes mellitus tipo II en el 21%; artritis en un 17%, osteoporosis en un 13%; depresión 8%; neumonía 2% y otras enfermedades (discapacidad física, sordera, epilepsia) se encontraron en un 10% de la población estudiada (13). Todas estas patologías son causas de abandono familiar que puede contribuir con la depresión del adulto mayor.

Por todo lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las unidades de salud de Quilloac y Cañar en el año 2017-2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Los adultos mayores son un grupo poblacional que se encuentra predispuesto a presentar diversidad de situaciones estresantes, por estar expuestos a factores que pueden modificar su estilo de vida, de ahí la importancia de realizar la investigación centrada en funcionalidad y estructura familiar que permite analizar las categorías de adaptabilidad, cohesión, rol, armonía, permeabilidad, afectividad y comunicación.

Además, no se deben dejar en segundo plano a factores como la migración, que es motivo de estudio en el ámbito de desestructuración familiar por abandono de los integrantes familiares, así como las enfermedades crónicas que coadyuvan a que exista una mayor susceptibilidad a padecer depresión.

Por lo tanto, la importancia de este estudio es pretender establecer con mayor objetividad la frecuencia de depresión en adultos mayores e identificar los posibles factores que se asocian como estructuración familiar, funcionalidad familiar, migración y enfermedades crónicas.

Esta investigación está dentro de las prioridades de investigación en salud 2013-2017 del MSP y comprende el área de enfermedades de salud mental en el adulto mayor, con lineamiento en depresión basado en sub líneas de perfil epidemiológico y grupos vulnerables (14). El impacto científico de este estudio es permitir ser la base para desarrollar nuevas investigaciones que permitan reafirmar los probables factores asociados en la población comunitaria de adultos mayores, los resultados obtenidos serán de uso público y divulgados en el área de estudio, además será publicado en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, y en la revista del MSP a través de la dirección distrital 03D02 – Cañar.

CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Depresión como problema de salud pública

La depresión es un cuadro médico sindrómico cuyo síntomas principales son profunda tristeza, decaimiento anímico, disminución de las funciones psíquicas, incapacidad para experimentar placer y pérdida de interés (15). Esta enfermedad fue identificada en el 40,75% de los adultos mayores de la zona 6 en Ecuador; datos similares a los que revelan estudios en México, siendo superior en Brasil, e inferior en el Perú (16). Este trastorno mental es uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, constituyendo un importante problema de salud pública.

En el adulto mayor esta patología engloba un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Distintos factores hacen que los pacientes de esta edad sean más susceptibles a sufrir de depresión, entre éstos se encuentran factores psicosociales como lo son el aislamiento social, el fallecimiento de seres queridos y dificultades de tipo económico. Por otra parte, el envejecimiento y los cambios propios que vienen con este, así como el deterioro progresivo de la cognición y la presencia de comorbilidades son también factores que influyen en esto (8). La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento, especialmente en esta edad. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se indicó que en la mayoría de los países, el trastorno depresivo es mayor en la edad adulta (1).

2.1.2 Criterios diagnósticos de depresión

En el manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM), en su versión 3, inició el reconocimiento de la depresión como una patología crónica al incluir la distimia, donde posteriormente en su revisión, incluyeron los

episodios depresivos y la remisión parcial del mismo. En la cuarta revisión del manual diagnóstico (DSM-IV), ya las patologías con síntomas depresivos incluyen dos factores importantes: la cronicidad y severidad del mismo (17).

En la quinta revisión del manual (DSM-5), el cambio de mayor relevancia se basa en la distinción de las enfermedades afectivas en: trastorno bipolar y sus relacionados; y episodio depresivo mayor. Esto ocasiona retos clínicos al momento de realizar el diagnóstico diferencial, en el cual muchos pacientes que presentan manía o hipomanía inician previamente con un episodio depresivo mayor, siendo difícil su diferenciación. Los criterios para depresión mayor según lo establecido por el DSM-5 son idénticos a los propuestos por el DSM-IV, teniendo en cuenta que debe excluirse la presencia de un episodio de manía e hipomanía (18):

- A. 5 o más de los 9 síntomas listados en un periodo de 2 semanas:
- Ánimo depresivo (en la mayoría del día, casi todos los días).
 - Pérdida del interés o placer (en la mayoría del día, casi todos los días).
 - Cambios en el peso (más de un 5% en un mes) o en el apetito (casi todos los días).
 - Insomnio e hipersomnia (casi todos los días).
 - Agitación o inhibición psicomotriz (casi todos los días).
 - Fatiga o pérdida de la energía (casi todos los días).
 - Sentimiento de culpa o minusvalía (casi todos los días).
 - Alteración en la concentración o indecisión (casi todos los días).
 - Pensamientos de muerte, ideación suicida o intento suicida (pensamientos recurrentes o cualquier intento suicida).
- B. Los síntomas deben afectar el funcionamiento diario o generar distrés.
- C. Este episodio no puede ser atribuido a una sustancia o a una condición médica.
- D. El episodio no puede ser explicado por un trastorno psicótico.

E. Nunca ha experimentado un episodio de manía o hipomaniaco.

Cada uno de los síntomas listados en el panel A, deben representar un cambio del funcionamiento basal de la persona. Para realizar el diagnóstico debe estar presente por lo menos uno de los dos primeros síntomas del criterio A (ánimo depresivo o pérdida del interés o placer).

2.1.3 Depresión en el adulto mayor

La vida del ser humano tiene sucesivas etapas con características muy especiales, una de ellas es la adultez mayor como ciclo vital, la cual comienza a partir de los 65 años. El adulto mayor, anciano, longevo, veterano o añoso es entendido en la vigésima edición del “Diccionario de La Real Academia de la Lengua Española” como: “aquella persona que se encuentra en la última etapa de su vida, que antecede al fallecimiento y que cumplió 60 años de edad; sin embargo, aquellas que viven en países en vías de desarrollo el límite de edad se incrementó a 65 años” (19).

La población total del Ecuador para el año 2012 fue de 14.483.499 habitantes, de ahí los adultos mayores de 65 años fueron 940.905, es decir el 6,5% de la población nacional según el INEC. Según las estimaciones del Censo de la población y Vivienda, la población adulta mayor se distribuye mayormente en la región urbana con un 58,6 % y el 41,4% en las zonas rurales, indicando que las zonas rurales se ven más afectadas por desventajas como: situación económica y de accesos a los servicios de salud del país (20).

En el estudio realizado en Colombia “Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor, 2012”, se encontró que la enfermedades crónicas siguen siendo las patologías que afectan en mayor medida a los adultos mayores, entre los que se encuentra en primer lugar la hipertensión arterial, seguida de la diabetes, los problemas articulares, los pulmonares, entre otros (21).

Ecuador se encuentra en una fase de transición epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas, como son la hipertensión y la diabetes. La transición hacia las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ha hecho que aumenten junto a ellas trastornos mentales, como por ejemplo los episodios de depresión, que están presentes en un importante porcentaje en los pacientes con enfermedades crónicas (22).

2.1.4 Manifestaciones clínicas y diagnóstico en el adulto mayor

La depresión de presentación tardía se define como la iniciación de sintomatología depresiva luego de los 65 años, sin presentar antecedentes previos. Los principales síntomas de la depresión son el ánimo deprimido y la pérdida del interés o placer o anhedonia, es decir, incapacidad para disfrutar o sentir placer, siendo estos criterios importantes planteados por el DSM-5. Es importante conocer que puede haber pérdida de la atención, memoria u otro deterioro cognitivo propio del envejecimiento o sobreañadido. Las funciones ejecutivas pueden estar disminuidas así como el procesamiento de la información (23).

En el adulto mayor, los síntomas depresivos pueden manifestarse o formar parte de diversas entidades, clasificadas como (24):

De acuerdo a la sintomatología:

- Episodio depresivo mayor.
- Episodio depresivo menor (otros trastornos que no cumplen las definiciones del DSM-5 en cuanto a número de síntomas presentados o en cuanto a la frecuencia de la sintomatología).
- Trastorno mixto depresivo-ansioso.
- Trastorno distímico.
- Duelo.
- Trastorno de adaptación con síntomas depresivos.

De acuerdo a la patología que pueda originarlo:

- Causado por una condición médica.
- Causas vasculares.
- Causada por abuso de sustancias.

En pacientes adultos mayores, pueden existir síntomas depresivos sin cumplir con los criterios de DSM-5, lo que se complica con la presencia de comorbilidades. En este grupo de pacientes la depresión es generalmente clasificada como: 1) episodio depresivo mayor, cumpliendo con los criterios establecidos; 2) episodio depresivo no mayor: depresión menor, distimia, trastorno de adaptación son síntomas depresivos o trastornos mixtos (24).

El diagnóstico debe realizarse con una historia clínica completa, que incluya un examen físico exhaustivo para descartar patologías orgánicas, acompañadas de una evaluación mental. Se deben descartar los síntomas de manía e hipomanía o el abuso de sustancias. Deben investigarse los tratamientos que el paciente toma y factores psicosociales que pudieran estar interviniendo (eventos estresantes, aislamiento social, dependencia, familia disfuncional, mala calidad de vida). Es importante evaluar el aspecto nutricional del paciente y el perfil tiroideo.

Con esta evaluación se debe llegar a un diagnóstico presuntivo según los criterios propuestos. No obstante, en los pacientes adultos mayores se puede presentar el problema de infra-reportar la sintomatología depresiva acuñada a la edad, la demencia, la fragilidad o presentando deterioro cognitivo que solape esta sintomatología (24).

Uno de los principales retos es el diagnóstico de la depresión en el paciente con comorbilidades, ya que el estrés de tener una condición crónica, una discapacidad funcional, además de experimentar cambios en su estilo de vida, pueden precipitar esta patología. Las enfermedades que han demostrado aumentar el riesgo de depresión son (24):

- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Enfermedad de Alzheimer.
- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades de la glándula suprarrenal (Addison o Cushing).
- Enfermedades neurodegenerativas.
- Diabetes mellitus.
- Otras patologías endocrinas como: Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo.
- Malnutrición.
- Artritis reumatoide.

2.1.5 Determinantes de la depresión en el adulto mayor

El envejecimiento que conlleva de forma paralela a ciertos cambios neurológicos o cardiovasculares cumple un rol relevante en la fisiopatología de la depresión, pero no explica del todo los procesos neurobiológicos de esta patología. Se ha planteado un modelo de riesgo para el desarrollo de depresión en la adultez mayor, donde interviene una interacción entre factores de riesgo y factores protectores a medida que avanza la edad, lo cual incide de forma progresiva y acumulativa en la salud mental del individuo.

Es así como al nacer, la persona puede poseer factores genéticos relacionados a depresión y en los primeros años de su vida la incidencia de eventos estresantes puede generar esta patología, mientras que los beneficios o ventajas socioeconómicas y un mayor grado de instrucción académica parecen disminuir las probabilidades de padecer depresión antes de los 40 años.

Luego de esta edad, la condición social y familiar de los individuos sufre un cambio exponencial, ya que se añaden al panorama las enfermedades crónico-degenerativas, otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad y factores socioeconómicos como la exclusión de la fuerza laboral u otros eventos estresantes que puedan incidir en la salud mental del paciente. Todos estos

factores asociados al deterioro cognitivo propio del envejecimiento, deben ser tomados en cuenta como factores de riesgo, por otro lado el compromiso, tener un significado de vida, una adecuada regulación emocional y poseer relaciones sociales cercanas, son considerados factores protectores al intervenir en los mismos (25). Los diferentes determinantes que participan en esta relación serán explicados de forma individual en los siguientes apartados.

2.1.5.1 Determinantes biológicos de la depresión en el adulto mayor

Las áreas cerebrales en donde se originan cambios en la depresión han sido estudiadas a través de técnicas de imagen, determinando que la corteza pre-frontal, el hipocampo, la corteza cingulada, la amígdala y los núcleos de la base, son estructuras fundamentales en su fisiopatología con un aumento de su actividad y disminución del volumen de estas estructuras. También se evidencia ventriculomegalia e hiperintensidad de la materia blanca de etiología vascular (26).

La teoría de las monoaminas ha sido el fundamento teórico-experimental más aceptado a nivel mundial, en el que la serotonina, noradrenalina y dopamina tienen un rol en el desarrollo de la enfermedad. El sistema monoaminérgico cumple funciones en la regulación afectiva, atención, el proceso de recompensa, sueño, apetito y cognición. La deficiencia de estos neurotransmisores en el sistema nervioso central sería el mecanismo fisiopatológico subyacente de la depresión. El neurotransmisor más estudiado es la serotonina: su deficiencia podría relacionarse con un incremento del metabolismo en la corteza pre-frontal ventromedial y regiones subcorticales. A su vez, la deficiencia del sistema noradrenérgico comandado por el locus coeruleus, se ha planteado como mecanismo subyacente en la depresión afectando la función de la corteza pre-frontal; siendo la más novedosa la dopamina, aunque se plantea que la deficiencia de estos neurotransmisores es un evento secundario a otros trastornos primarios (27).

La causa de esta deficiencia de neurotransmisores en la hendidura post-sináptica se ha relacionado con un aumento de la actividad de la enzima monoamino oxidasa, así con la interacción de otros neurotransmisores como el glutamato, que originan la disminución de la producción de serotonina. También se propone alteraciones en el transporte de proteínas en las neuronas que median la recaptación en la hendidura pre-sináptica o alteraciones en la función de sus receptores (28).

En relación a los aspectos genéticos, estudios en familias y gemelos han constatado una influencia genética del 30-40%, si bien aún no se reconocen genes específicos con importante efecto en la patogénesis del episodio depresivo mayor (29), lo que demuestra que la mayoría de los factores que influyen en el desarrollo de la depresión, son factores adquiridos, ambientales o de carácter psicosocial. Por otro lado, los glucocorticoides se han relacionado con atrofia neuronal, disminución de la proliferación glial y disminución de factores neurotróficos cerebrales (30).

Esto corresponde a lo planteado por la teoría neurotrófica de la depresión, en donde el primer episodio de depresión es causado por un evento traumático y los episodios posteriores se originan por una pérdida progresiva de del volumen de varias regiones cerebrales por causas de neurotoxicidad dependiente de glucocorticoides, glutamato y disminución de factores neurotróficos cerebrales como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (27). También se ha planteado la neuroinflamación, la alteración de la actividad del glutamato en su actividad de sus receptores NMDA, la disminución de la actividad del neurotransmisor GABA y las alteraciones del ciclo circadiano como mecanismos relacionados con la depresión (27,28).

Comorbilidades y depresión

La presencia de patologías crónicas supone un reto al momento del diagnóstico de depresión ya que pueden solaparse síntomas entre estas, como, por ejemplo, en pacientes con cáncer que presentan pérdida de peso y astenia, por

lo que esta patología podría ser sobreestimada o sub-diagnosticada. Así mismo, la poli-medicación puede incidir en el desarrollo de esta patología, con fármacos como los beta-bloqueantes, antagonistas de los canales de calcio, esteroides, terapias hormonales, los fármacos anti-Parkinson y otros medicamentos como las benzodiazepinas, que son comúnmente tomados por los pacientes en la adultez mayor. Las principales enfermedades crónico-degenerativas que se relacionan con la depresión son:

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente en la actualidad, su prevalencia creciente se atribuye al aumento de la población, a la edad avanzada y a hábitos que son factores de riesgo para esta patología. En Colombia, el “Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas-ENFREC II”, reportó que la prevalencia de esta patología fue del 12,3%, En lo referente a la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mayores, 19,6% y 20,6% padecen esta patología vascular según el grupo de edad de 60 a 64 años y 65 a 69 (16).

En el Ecuador, un estudio en el área 6 indica que la enfermedad crónica más frecuente es la hipertensión arterial con una prevalencia del 59%, sin asociación estadística con la dependencia funcional; esta puede asociarse con el deterioro cognitivo que conlleva a la limitación funcional, como indica la literatura; además, se ha asociado con la enfermedad cardíaca y depresión (16).

Uno de los factores más importantes que relacionan la enfermedad cardíaca y la depresión es la pobre adherencia terapéutica, como se planteó en un estudio que incluyó a 940 pacientes con enfermedad cardíaca, de los cuales el 22% tenía depresión mayor. Estos pacientes reportaron olvidar tomar su medicamento o no querer hacerlo, contribuyendo a la no adherencia terapéutica y mayor morbi-mortalidad en estos pacientes (31).

Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2)

Es una enfermedad metabólica caracterizada por alteración del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, con hiperglucemia crónica sostenida debido al desarrollo de insulinoresistencia e hiperinsulinemia compensatoria que conlleva de forma paulatina a la disfunción de la célula beta pancreática por mecanismos de muerte celular (32).

La depresión es una causa de gran sufrimiento para el paciente que la padece; conllevando un alto costo para la sociedad y además interfiriendo con su tratamiento y control, por lo que muy a menudo pasa inadvertida. La prevalencia de depresión para la población general varía de 5-10%, con una incidencia de casos nuevos de 13%. En el caso de los pacientes diabéticos, la prevalencia es mayor que en los adultos mayores, oscilando entre el 30 y 65%. En la literatura se reporta que, en un lapso de 10 años, el 27% de los pacientes con diabetes desarrollará depresión, esto permite dilucidar que el riesgo de padecer este tipo de enfermedad asociada a factores derivados de la diabetes es más alto. Estos factores pueden estar relacionados con estrés debido a la enfermedad crónica, lo demandante del autocuidado y la terapéutica involucrada en tratar las complicaciones de la enfermedad (33).

Artrosis

La Organización Mundial de la Salud estima que cerca del 28% de la población mundial con más 60 años padece artrosis y el 80% de ésta tiene limitaciones en sus movimientos. Se estima que como consecuencia de la mayor esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la artrosis será para el año 2020, la cuarta causa de discapacidad, pudiendo tener consecuencias tanto personales como socioeconómicas en diferentes áreas, tanto en el trabajo como en la salud (34).

Un estudio en adultos mayores fue realizado con el objetivo de evaluar el impacto del dolor crónico y la depresión, teniendo en cuenta que afecta de forma negativa el bienestar o calidad de vida. Este estudio incluyó 1592

individuos con una media de edad de 74,3 años, donde a mayor nivel de dolor crónico hubo mayores niveles de depresión (35).

Por otro lado, un análisis por conglomerados planteado para identificar grupos de adultos mayores con artrosis y otros síntomas concurrentes como fatiga, trastornos del sueño y depresión, fue llevado a cabo en 129 adultos mayores con artrosis de rodilla y cadera. Se encontraron 3 conglomerados, en el primero, hubo mayores niveles de dolor, fatiga, trastornos del sueño y depresión.

En el segundo grupo, hubo bajos niveles de dolor con buen dormir y moderados niveles de depresión, mientras que en el tercer grupo hubo niveles bajos de fatiga, depresión y dolor, pero con peor calidad del sueño. De esta manera se plantea que en la artrosis sintomática, a mayores niveles de dolor mayor será la afectación negativa en la esfera afectiva y mental (36).

2.1.5.2 Componentes psicológicos de la depresión en el adulto mayor

Las etapas del desarrollo de Erikson tratan de explicar el desarrollo de la personalidad en todo el ciclo de vida de la persona (desde la infancia a la vejez), desde un punto de vista psicosocial, en donde se afrontan distintas crisis específicas, que dependiendo de las fuerzas sintónicas y distónicas de los individuos serán superadas, obteniendo una virtud positiva. Por el contrario, sino hay resolución de esta crisis, ocasiona patología, debilidades o defectos para la etapa que no pudo ser superada de la mejor manera (37).

Todos los seres humanos atravesamos diferentes etapas durante nuestra vida y en cada una de ellas obtenemos experiencia, satisfacción, relaciones interpersonales, laborales, entre otros. Así como se obtienen herramientas y capacidades para desarrollar nuestra vida, también podemos sufrir pérdidas que son significativas y privan al individuo de un recurso adaptativo, lo que puede repercutir en la esfera afectiva de la persona. Esta pérdida somete a estrés psicológico al individuo y puede generar alteración de su salud mental.



Un adulto mayor experimenta múltiples pérdidas acumulativas que incidirán de forma específica, siendo fuentes importantes de estrés y conllevando a cambios físicos, psicológicos y sociales (38).

Es importante reconocer que el adulto mayor entra a una etapa del ciclo vital, donde los problemas y crisis que surgen son propios de la misma etapa. La vejez se caracteriza por el conflicto integridad versus desespero, es decir, la aceptación de todas sus experiencias vividas en los ciclos anteriores, de la integración emocional, la vivencia del amor universal, su contribución a la sociedad, la confianza de haber realizado lo que se había propuesto. Si no se logra esta integración sobreviene el desespero, siendo la principal fuerza, la sabiduría que engloba todos los conocimientos adquiridos en las otras etapas del ciclo vital, lo que permitirá afrontar esta crisis (37).

Los factores de riesgo psicosociales son importantes en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor y componen un grupo de factores estresores. Alguno de ellos son: la necesidad de ser escuchado, el sentimiento de aislamiento social, temor a la muerte, sentimientos de minusvalía, la viudez, conflictos familiares, la pérdida de roles sociales o la violencia psicológica (39).

En esta etapa del ciclo vital también se experimenta el duelo de una manera distinta a otras etapas, sufriendo pérdidas internas y externas. La viudez en la adultez mayor se reviste de características especiales, siendo un estímulo de estrés psicosocial, generando sentimientos de soledad o desamparo, debido a la larga trayectoria en donde se ha consolidado esta relación marital. Las pérdidas familiares pueden ser un desencadenante de depresión en el adulto mayor, relacionado de forma importante con la capacidad de afrontarlo, lo cual es determinado por la personalidad, el apoyo familiar y la salud (40).

En un estudio realizado en Bogotá que incluyó a 889 adultos mayores con independencia funcional, se evaluó la relación de la depresión con factores de riesgo psicosociales los cuales incluían acontecimientos vitales del cuestionario Predict. El vivir solo, experimentar una crisis económica y la muerte de algún

familiar o amigo cercano, constituyeron factores de riesgo para padecer de esta patología afectiva, teniendo una mayor relación en el sexo femenino (41).

En adultos mayores institucionalizados o asimilados en centros geriátricos, el dominio que poseen del medio ambiente (la auto-eficiencia y la capacidad de gestionar el entorno), el sentimiento de un propósito en la vida y la autonomía, son factores importante en la depresión de inicio tardío (42). En individuos institucionalizados, la percepción de la calidad de atención y los eventos negativos también influyen en la incidencia de depresión (43), dependiendo de la magnitud de control, desestimación y la capacidad de control de estos eventos sobre su vida (44).

La resiliencia psicológica es la capacidad que tiene un individuo de afrontar y adaptarse de forma positiva a situaciones adversas, siendo un predictor importante de la depresión en el adulto mayor. En un estudio realizado en Ámsterdam, se evaluaron los recursos de afrontamientos psicosociales como factores protectores para la presencia de síntomas depresivos en 2228 adultos mayores a 55 años, seguidos por un máximo de 6 años. Se encontró que tener una pareja, buena autoestima, dominio de sus funciones y autoeficacia solo disminuyó los síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (45).

Por otro lado, en Singapur se realizó un estudio para identificar los factores de riesgo psicosociales para depresión en 162 adultos mayores de 65 años en la comunidad, donde encontraron que el 32,9% de la varianza de esta patología afectiva geriátrica era explicada por 3 factores psicosociales: la soledad, la percepción de apoyo social y el componente emocional de la regulación de la resiliencia (46).

Esto es importante ya que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles tienen mayor riesgo de padecer depresión y además, sufren cambios en su estilo de vida, roles sociales, dependencia y autoestima, por lo que estrategias de intervención que mejoren las capacidades, recursos y el

apoyo para afrontar otras crisis en su etapa del ciclo vital, podrían disminuir de forma importante las cifras de esta enfermedad en el adulto mayor (45).

2.1.5.3 Componentes socio-familiares de la depresión en el adulto mayor

Los factores psicosociales y socio-familiares muchas veces se interrelacionan en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor. El concepto de apoyo social es complejo y multifactorial, incluyendo un componente estructural que describe la red de apoyo familiar o social, pero también engloba un componente emocional y psicosocial, ya que no importa la cantidad de personas que estén disponibles, sino la importancia emocional del apoyo (44). Por esta razón es importante evaluar tanto la estructura familiar como su funcionalidad.

Al igual que el ciclo vital del individuo, la familia también atraviesa un ciclo vital con crisis específicas, de las que dependerán los sentimientos positivos y beneficiosos en las transiciones o por el contrario, la disfunción de la familia. La familia es el componente inicial de socialización de las personas, donde un grupo de personas que se relacionan de forma afectiva conviven en un espacio común y comparten metas. El inicio de la familia ocurre cuando dos personas forman una pareja, atravesando etapas donde se expanden con la inclusión de hijos, o a su vez se reducen por la salida de estos para conformar nuevas familias, culminando con la muerte de ambos padres (47).

Si el apoyo social dado por la familia influye en la depresión del adulto mayor, los factores que explican esta relación son propios al ciclo vital que experimenta la persona, es así como el adulto mayor a 65 años generalmente atraviesa la etapa de plataforma de lanzamiento donde el hijo menor abandona la casa de los padres y deben tolerar esta partida y permitir la independencia. A su vez, inician la familia de edad media, donde culmina la actividad laboral de la pareja, por lo que ambos deben encontrarse de nuevo, asumir roles de abuelo y ser garantes de mantener la comunicación entre las generaciones (47).

En cada una de estas etapas inician crisis evolutivas o estresores que deben ser afrontadas para obtener los logros requeridos en cada fase (crisis normativas), pero en el caso de crisis no normativas, como la enfermedad o migración de un miembro, puede ocasionar disfunción y alterar el funcionamiento de la familia (47).

Funcionalidad familiar

La familia se puede definir como un conjunto con una estructura determinada y organizada que se relaciona con su medio ambiente, además, la familia conforma un sistema que a su vez tiene subsistemas formados por las relaciones entre los individuos, caracterizados por enlaces y lazos emocionales así como ciertas responsabilidades en común, encontrándose a la merced de cambios que pueden impactar su nivel de estabilidad (5). Más allá de la organización del grupo familiar, es cómo funciona el mismo lo que se relaciona con la presencia de depresión en alguno de los individuos que lo conforman. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones como enfermedad o migración, se requiere que el sistema familiar afronte de manera individual, grupal y social (48).

El funcionamiento familiar se altera cuando la familia no tiene la capacidad de asumir cambios debido a lo rígido de sus reglas y estructuras que no le permiten adaptarse a sus ciclos propios y el adecuado desarrollo de sus miembros, indicando que la mayor carga queda en el jefe de familia que puede ser alterada con la migración quedando a cargo los adultos mayores (48). A su vez, se sienten solos por circunstancias de abandono de sus familiares, teniendo una dinámica familiar de tipo disfuncional, por lo que se requiere fortalecer la estructura familiar con valores morales, éticos un trato digno y respeto (13).

Si la estructura familiar falla, el adulto mayor puede obtener otros recursos para afrontar la pérdida de este apoyo social. Uno de estos es la sustitución con otras personas de su comunidad como vecinos o amigos, que toman parte de

los roles que quedaron vacíos por los familiares, formando parte activa en las actividades comunitarias que mantienen la satisfacción con la vida. Esto sugiere que más que la relación con la familia, es el apoyo social o en contraparte, el sentimiento de soledad y abandono, el que puede afectar la salud mental y conllevar a depresión (46).

Migración

La migración se define como el desplazamiento de un grupo poblacional en el cual el lugar de residencia se deja para re-establecerse en otra zona o en otro país. Generalmente hay diversos factores que participan en la migración, los mismos son: socioeconómicos, culturales, familiares, políticos, catástrofes generalizadas, bélicas y conflictos internacionales (49).

Los aspectos del cambio demográfico han intervenido en la modalidad familiar, causando cambios en su composición y estructura, y un desequilibrio familiar que ha contribuido a aumentar la responsabilidad de los que quedan como jefes de familia, asumiendo cargos en el funcionamiento familiar que conlleva a adquirir enfermedades crónicas no transmisibles y mentales (7).

2.1.6 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

Un tratamiento eficaz es necesario para aliviar la carga de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores. El tratamiento de la depresión en el adulto mayor puede dividirse en 3 enfoques: el tratamiento farmacológico, la intervención psico-terapéutica y el tratamiento somático. Cualquiera sea la modalidad del tratamiento debe hacerse una alianza con el mismo, realizar un seguimiento estricto, educar al paciente y la familia buscando mejorar la adherencia terapéutica. El tratamiento debe plantearse en base a las condiciones físicas del paciente, su autonomía funcional, o el riesgo de complicaciones o mortalidad como el intento suicida. Se recomienda hospitalizar al paciente adulto mayor con depresión cuando (24):

- Pacientes con ideación o intento suicida.
- Pacientes que atenten contra su integridad física.
- Pacientes en estado de catatonía que requieran terapia electro-convulsiva.
- Pacientes que se nieguen a alimentarse o hidratarse.
- Pacientes que requieran aislarse de un entorno social inadecuado.
- Fragilidad.
- Falta de apoyo social.

El tratamiento farmacológico constituye un pilar fundamental en el manejo de este desorden psiquiátrico, a través del uso de los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siendo el tratamiento más utilizado para la depresión leve, moderada o severa. En el caso de la intervención psicológica, su uso es indicado generalmente en episodios menores de depresión o en depresión mayor leve a moderada. Estas terapias pueden ser utilizadas de forma paralela. Otras terapias como las terapias somáticas tienen indicaciones específicas como el uso de terapia electroconvulsiva en un estado catatónico, teniendo en consideración su contraindicación relativa en pacientes con infarto agudo al miocardio, tumores cerebrales, aneurisma cerebral o falla cardíaca descompensada (24).

2.1.7 Antecedentes de investigación

En España se estudiaron a 417 personas mayores de 64 años en Guadalajara, con el objetivo de evaluar sus síntomas depresivos y los factores relacionados. El estudio fue descriptivo y transversal, siendo seleccionados los pacientes por su tarjeta individual sanitaria. Se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión (Yesavage), el índice de Barthel para la valoración funcional, el test de Folstein para la valoración cognitiva, así como se captaron los datos sociodemográficos de los pacientes. Las comorbilidades fueron definidas como 3 o más patologías que afectaran la capacidad de autonomía de los pacientes.

En este trabajo, se observó un mayor número de participantes del medio rural, con una prevalencia de síntomas depresivos del 19%, relacionándose con la

edad, las comorbilidades, el riesgo social, la discapacidad y secuelas, pero los factores de riesgo independientes para depresión fueron comorbilidades (OR=2,38; IC 95%=1,35-4,20) y el riesgo social (OR= 2,69; IC 95%=1,50-4,83) (50).

En Colombia, Antioquía, se realizó una investigación analítica y transversal que incluyó a 4248 adultos mayores a 60 años durante el año 2012, con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a depresión. Los adultos mayores fueron muestreados de forma aleatoria, utilizándose la escala de valoración geriátrica de Yesavage (15 ítems) para diagnosticar esta patología. En sus resultados, la edad promedio fue de 71,1 años de edad, siendo el 68,6% perteneciente al grupo etario entre 60-74 años. El 15% fumaba y 11,9% consumía bebidas alcohólicas. La prevalencia de depresión en esta población fue de 29,5%

Los factores que se relacionaron a la depresión en el adulto mayor fueron: consumo de cigarrillo (OR=1,23; IC 95%=1,02-1,49), no participación en actividades comunitarias (OR=1,74; IC 95%=1,41-2,14), una percepción regular de la calidad de vida (OR=18,33; IC 95%= 4,43-75,71) y el riesgo de dependencia severo para realizar las actividades cotidianas (OR=4,70; IC 95%=2,78-7,94), mientras que sorprendentemente, el consumo de alcohol fue un factor protector (OR=0,65; IC 95%=0,54-0,78) (51).

En Ecuador, en el año 2017, se realizó una investigación con el objetivo de identificar los factores relacionados a la depresión en adultos mayores, con diseño metodológico, descriptivo y transversal que incluyó a 130 adultos mayores. Para determinar depresión se utilizó la escala de Yesavage, obteniendo que el 36% de los individuos evaluados tuvieran síntomas depresivos moderados o severos. Los principales factores de riesgo encontrados fueron: enfermedades crónicas (10%), dolor crónico (15%), abandono (17%), estrato socioeconómico (19%) y carencia de apoyo familiar-social en un 11% (52).

Por otro lado, en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, realizaron una investigación en un centro gerontológico, incluyendo un total de 90 adultos mayores sin deterioro cognitivo o ausencia de autonomía funcional, con el objetivo de estudiar la prevalencia de depresión y su relación con el riesgo social. El estudio fue descriptivo y transversal, utilizando como instrumentos de investigación la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de funcionamiento socio-familiar que valoró esta variable como buena adaptación, riesgo social y problema social, además de aplicarse el inventario de Depresión de Beck (53).

La edad media de la muestra estudiada fue de 80,17 años, siendo el 82% mujeres, 48% fueron viudos, 30% casados, 38% de los adultos mayores vivía con solo un hijo y el 16% presentó riesgo social. En cuanto a la depresión, el 21% presentó síntomas depresivos según la escala de Yesavage, donde 4% de los participantes no se sentía satisfecho con su vida, 25% indica sentirse impotente, 31% refirió problemas de memoria y el 16% refirió abulia. En relación al inventario de Beck, el 13% presentó depresión leve, 10% depresión moderada y 5% depresión severa, con un porcentaje global de síntomas depresivos del 28%. En los pacientes con depresión, el riesgo social se elevó hasta el 31%, aumentando hasta el 40% en los pacientes con depresión severa.

En un Hospital en Barcelona, España, se llevó a cabo un estudio en 290 pacientes mayores a 75 años de edad durante los años 2009-2010, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y las comorbilidades que se asociaban a su presencia. Este estudio tuvo una metodología descriptiva y transversal, utilizando como instrumentos el cuestionario “*Time up and Go*” para valorar el estado funcional de los pacientes, el índice de Lawton-Brody, que permite la evaluación de tareas instrumentales diarias y el índice Barthel para valorar las actividades básicas cotidianas (54).

También se evaluaron las características nutricionales de los pacientes, el área cognitiva y el riesgo social. El riesgo de depresión fue cuantificado según la sub

escala de Goldberg, mientras que las comorbilidades fueron diagnosticadas mediante la realización de una historia clínica completa. Del total de pacientes evaluados, 64,94% fueron mujeres, con una edad media de 79,41 años de edad. Se evidenció un riesgo de depresión del 37,2%, siendo mayor en las mujeres (43,1% vs 26,5%) (54).

En cuanto a las características sociodemográficas, la depresión se relacionó con la viudez ($p=0,023$) y con el sexo femenino ($p=0,005$). La depresión también se asoció con el diagnóstico de cáncer, déficits visuales, malnutrición, estar polimedicado, ser mayor a 80 años y la falta de actividad física en la esfera de ocio. En el modelo multivariante, los principales factores relacionados de forma independiente fueron: la hipertensión arterial (OR=3,87; IC 95%= 1,61-9,34), cáncer (OR=4,12; IC 95%= 1,58-19,76) y el sedentarismo en la esfera de ocio (OR=2,75; IC 95%= 1,33-5,67) (54) .

Por otro lado, en Brasil realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar y la depresión en pacientes adultos mayores institucionalizados. Este estudio tuvo una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal, incluyendo un total de 107 sujetos de ambos sexos mayores a 60 años, residenciados en un asilo en Sao Carlos, Brasil, utilizando la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage (15 ítems) para evaluar depresión y la escala del APGAR familia para identificar el funcionamiento familiar. Del total de pacientes evaluados, el 61% eran mujeres y el 48% eran viudos, con una media de edad de 77 años. En cuanto a la depresión, 67% de los pacientes presentaron síntomas depresivos, 43% con depresión leve y 24% con depresión severa (55).

La depresión se relacionó con la edad, con una mayor prevalencia de depresión en los pacientes mayores a 80 años de edad (83%), con el estado civil siendo más frecuente en los viudos (77%) y los solteros (73%), y menor prevalencia en los casados (23%). En cuanto al funcionalismo familiar, el 57% refirió poseer una familia severamente disfuncional, 22% una familia moderadamente funcional y 21% una familia disfuncional. Asimismo, los

pacientes con síntomas depresivos tuvieron un mayor porcentaje de familia disfuncional (84%) (55).

En este sentido, se realizó un estudio en adultos mayores de Pakistán con el objetivo de evaluar la relación entre la estructura familiar y la depresión en 400 adultos mayores a 65 años de este país del continente asiático. El tipo de estudio fue transversal y analítico, seleccionando los pacientes de un Hospital del tercer nivel. La depresión fue evaluada a través de la escala de valoración geriátrica de depresión (56).

A diferencia de los otros estudios, el 85% pertenecían al sexo masculino, con una media de edad de 69 años, mientras que el 78,8% estuvieron casados y 56,5% pertenecían a una familia extensa (43,5% a una familia nuclear). La prevalencia de depresión fue de del 19,5%, donde pertenecer a una familia nuclear confirió mayor probabilidad de padecer depresión en comparación a los pacientes que vivían en familias extensas (OR=4,3; IC 95%=2,4-7,6) (56).

Por último, en Siria realizaron un estudio descriptivo y transversal en Adultos mayores de Aleppo, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y otras comorbilidades crónico-degenerativas. El estudio incluyó un total de 2038 individuos, con un mayor porcentaje de hombres (55%). La prevalencia de depresión fue de 4,5% siendo mayor en las mujeres. La hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva-crónica, la enfermedad ácido-péptica, la enfermedad renal, la enfermedad cardíaca en mujeres y la diabetes mellitus en hombres, fueron comorbilidades que se relacionaron con la depresión (57).

2.1.8. Modelo biopsicosocial de la salud-enfermedad

La depresión es una de las patologías que mejor es explicada dentro del modelo biopsicosocial de salud-enfermedad. Antes de este modelo teórico, predominaba la concepción biomédica de salud-enfermedad, la cual proponía un enfoque reduccionista que atribuía la enfermedad a un defecto orgánico y que considera que los procesos mentales son problemas no relacionados, lo

que planteaba la dualidad cuerpo-mente. Para el psiquiatra George Engel, este modelo no era adecuado, ya que tomaba como entidad separada a la enfermedad con el comportamiento social, mientras que las alteraciones mentales y del comportamiento debían ser explicadas por un defecto orgánico. Ya en esta época, patologías como la histeria o la neurastenia, donde no se encontraba alteración biológica, rechazaban este modelo, por lo que propuso en 1977 en un artículo publicado en la revista “*Science*”, el modelo biopsicosocial de salud-enfermedad (58).

El modelo biopsicosocial acepta una triada que determina la salud-enfermedad como proceso de equilibrio, la triada cuerpo-mente-sociedad, aceptando que el panorama clínico es complejo y multicausal. Esto guía a los médicos a la atención centrada en el paciente, el cual habita un cuerpo conformado por aparatos y sistemas, pero que está rodeado de un entorno y un contexto personal o temporal (ciclo de vida). Engel considera este modelo como un sistema que cumple con los principios de la teoría general de los sistemas y que además conlleva un pensamiento complejo (58). Al igual que estas corrientes teóricas, la medicina familiar y la salud biopsicosocial han sido explicadas por otros principios, por lo que se comentarán en los siguientes apartados su rol en el estudio de la depresión en el adulto mayor.

2.1.8.1. La teoría general de los sistemas y del pensamiento complejo

El conocimiento sobre los sistemas complejos, siendo los organismos vivos un ejemplo, empezó a surgir a entre los siglos XIX y XX, hasta que Karl Ludwig von Bertalanffy, en 1969 describió la teoría general de los sistemas para superar las limitaciones de los modelos cerrados y de causalidad lineal que predominaban en los conceptos newtonianos. Luego de su descripción, su aplicación para la explicación de fenómenos se expandió a otras ciencias como la psicología. En el área de la medicina, la teoría general de los sistemas nos invita a reflexionar no en el funcionamiento individual de los órganos sino en la relación e interacción de los distintos componentes del cuerpo humano que

contribuyen a un sistema y que es influenciado por el ambiente donde se desenvuelve (59).

Por ejemplo, si un paciente presenta un episodio de depresión mayor no se debe pensar únicamente en como la remodelación neuronal se ve modificada por el uso de antidepresivos, sino como el ambiente social del paciente, su red de apoyo y su ciclo vital afecta el estado de la enfermedad, ya que conforman un sistema interconectado.

En este sentido se puede definir un sistema como “conjunto de elementos que define su existencia y función por medio de la interacción de sus partes...”, “que desarrollan un actividad con un objetivo específico...”, “sus partes están interrelacionadas...”. El ser humano es un sistema compuesto de órganos el cuál interactúa en otros sistemas (sistema abierto) y está rodeado del ambiente, definido por el lugar donde opera y delimitado por una frontera que dependiendo del sistema será más o menos visible. La importancia de este modelo es que los factores ambientales influyen en el sistema y exigen cambios o adaptaciones; por ejemplo; entrar al ciclo vital del adulto mayor puede ocasionar cambios en el ambiente laboral o familiar que demandan una entrada, procesamiento y salida de información por parte del individuo (60).

Los sistemas comparten un conjunto de características como (60):

- Globalidad; las partes del sistema conforman un todo. Las funciones del mismo están determinadas por la unión de sus partes.
- Jerarquía; los sistemas pueden conformarse de unidades menores o subsistemas, así como el mismo pertenezca a un elemento de mayor jerarquía como un macrosistema.
- Objetivo; el sistema persigue un objetivo que está determinado por la transformación de las entradas en salidas.
- Retroalimentación; proceso de regulación de la información que identifica desviaciones y las corrige.

- Homeostasis: capacidad del sistema de regular su medio interno ante fuerza del ambiente.
- Equi-finalidad: se consigue el mismo objetivo a pesar de utilizar otras vías o con otras condiciones iniciales.

La importancia de estos modelos para el estudio de la depresión, es la construcción de un marco teórico que incluya todos los sistemas relacionados de esta patología como lo es el ontosistema (el individuo), el microsistema (donde se encuentran las relaciones íntimas del individuo con familiares, amigos o personas cercanas), el mesosistema (que conecta los elementos del microsistema), exosistema (que se refieren ambientes donde el individuo no participa de forma activa pero puede ser afectado por él) y el macrosistema, que son el conjunto de leyes, valores, principios.

Así el paciente con esta patología que ha llegado al ciclo vital del adulto mayor, está rodeado de características biológicas como envejecimiento o comorbilidades, además de factores psicológicos y sociales que están determinados por las relaciones con los familiares, la sociedad o comunidad. Estos factores de riesgo exigen al sistema un procesamiento de información con un resultado que es devuelto al ambiente, así se tiene un paciente depresivo que no está inmerso en la sociedad sino que se encuentra aislado.

Posteriormente, Morin introduce el pensamiento complejo que se integra a la teoría general de sistemas, donde Solis realiza una reflexión de los principales principios de esta teoría. En primer lugar expone una diferencia con el pensamiento simplificador en donde se desintegra la complejidad de un evento estudiado, mientras que el pensamiento complejo trata de integrar todos los vínculos relacionados que expliquen y aporten al sistema que se encuentra en el mundo real, rechazando un enfoque reduccionista (61).

Este pensamiento puede aplicarse a las ciencias de la salud, considerando que un organismo vivo que forma una unidad, está compuesto a su vez de

subunidades, con características específicas, por ejemplo, las células epiteliales, las neuronas, las células cardiacas, entre otras. Sin embargo, Morin insiste en que la complejidad “no explica únicamente los avances científicos, sino que está presente en todos los aspectos de la vida cotidiana” (61).

En la actualidad, la depresión ha sido estudiada como un sistema complejo dinámico, donde cada individuo forma una red con una arquitectura y dinamismo diferente, en búsqueda de explicar su fisiopatología. Estos modelos teóricos sugieren que los síntomas son causantes de otros síntomas, que pueden a su vez culminar en complicaciones. Por ejemplo, el paciente depresivo con insomnio, puede desarrollar fatiga y en este sentido, problemas para concentrar, que son criterios para el diagnóstico de esta patología. A su vez, este sistema interrelacionado, puede verse afectado por el ambiente (factores externos) como el estrés, haciendo más susceptible a un individuo a padecer depresión (62).

2.1.8.2. Mecanismo de control: implicaciones de la cibernética

La teoría de la cibernética propone la retroalimentación de los sistemas, tomando un ejemplo como el del termostato, cuyo objetivo es mantener un ambiente agradable en una habitación. El proceso inicia con las entradas de información que son cuantificadas, se procesa la información y se responde aumentando la producción de calor o restringiéndola, alcanzando la meta. La teoría cibernética propuesta por Wiener en 1948, fue simultánea a la teoría general de sistemas, diferenciándose que la última estudia los sistemas en todos los niveles, mientras que la cibernética se enfoca en sistemas funcionales, con objetivos y que tienen alguna forma de control. De esta manera, esta teoría trata de explicar la mente y la vida, en términos de control de información (63).

El cuerpo humano también tiene un mecanismo de retroalimentación para mantener la homeostasis frente a perturbaciones, siendo mecanismos cibernéticos para mantener la estabilidad.

Por otro lado la cibernética aporta conceptos de circularidad a la depresión tratando de mejorar el modelo fisiopatológico y la red de procesos que se dan en esta patología. El concepto de circularidad es similar a la multicausalidad, donde expone que si A ocasiona B, y B causa C, pero C origina A, se evidencia un proceso de auto-causación que pueden ser aplicados a los sistemas biológicos (64).

2.1.9. Principios de la Medicina familiar

Según el Dr. McWhinney, la práctica de la medicina familiar va más allá de un conjunto de conocimientos teóricos, sino de la aplicación que se le da a estos al momento de abordar a un paciente. Es así como propone los 9 principios de esta especialidad en un artículo publicado en 1981, los cuáles según sus palabras “no son únicos de la medicina familiar, y no todos médicos de familia ejemplifican todos estos, sin embargo cuando son tomados en conjunto, representan una manera distinta de ver al mundo”. Estos principios descritos fueron (65):

La persona, no el problema:

La medicina familiar se basa en atender y estar comprometido con el paciente, no con un conjunto de conocimientos científicos, técnicas o enfermedades. El médico de familia debe estar disponible para cualquier problema de salud sin distinción del sexo o edad.

El contexto del paciente:

El médico familiar busca entender el contexto en el que la enfermedad surgió en el paciente.

Actitud preventiva

El médico familiar ve en cada contacto o visita con el paciente, una oportunidad para promocionar la salud y prevenir la enfermedad a través de educación. El médico debe preguntarse: ¿Cuáles son los riesgos del paciente? ¿Qué puedo hacer para promover su salud y prevenir enfermedad?



Población en riesgo

El médico familiar debe pensar en términos personales y poblacionales, su práctica se basa en su población de riesgo. Para esta especialidad, un paciente no inmunizado o no controlado en su hipertensión arterial es igual de importante.

Recursos de la comunidad

El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una red comunitaria de agencias de soporte y atención en salud.

Integrando vida y trabajo

Es ideal que el médico de familia comparta domicilio con sus pacientes. Los médicos de familia ven a su paciente en la oficina, en el hogar y en el hospital.

Aspectos subjetivos de la medicina

El médico de familia conoce la importancia de los aspectos subjetivos de la medicina. Debe promover una conciliación entre lo biológico, las emociones, sentimientos y relaciones interpersonales.

Manejo de recursos

El médico de familia es un gestor de los recursos. Controla las admisiones hospitalarias, su uso en investigaciones, la prescripción de tratamiento, la referencia a especialistas, entre otras. En muchas poblaciones los recursos médicos son limitados, por lo tanto el médico de familia tiene la responsabilidad de manejar adecuadamente estos recursos para maximizar los beneficios de la población.

2.1.10. Modelo de atención integral a la salud

La atención primaria en salud ha sido el puesto de trabajo de la medicina familiar ya que comparten enfoques preventivos y comunitarios, además de promover un método clínico centrado en el paciente y no en la enfermedad.

Este nivel de atención se caracteriza por el tratar de explicar que el individuo, su dolencia y el ambiente donde se desarrolla no son aislados, sino que confluyen. Este método permite: a) considerar que el paciente es un sistema que conforma el todo (biológico, social, psicológico), b) abordar la complejidad del problema que lo aqueja; c) establecer metas comunes y acuerdos, d) formar una buena relación médico-paciente (66).

Un antecedente de este tipo de atención, fue la dispensarización fundada en la antigua Unión soviética, en la cual se brindaba atención “*dispensarizada*” a través evaluaciones integrales a grupos específicos de personas, por ejemplo niños, embarazadas, portadores de enfermedades crónicas, entre otros. Algunas de las características de este sistema de salud fueron: 1) profiláctico, de carácter preventivo; 2) dinámico, de acuerdo a la variedad de salud, se ajustan las necesidades, 3) continuo, sin interrupciones; 4) individualizado, para cada paciente hay una estrategia para su problema de salud, 5) integral, considerando los determinantes biológicos, sociales y psicológicos de la enfermedad; 6) universal: aplicado para la atención de niños hasta ancianos (67).

Ecuador suscribió las recomendaciones y metas propuestas en la reunión Alma-Ata en el año 1979 que recalcó la importancia de la atención primaria en salud, sugiriendo “salud para todos en el año 2000”. Sin embargo, no es hasta la aprobación de la nueva constitución en el año 2008, cuando se conforma un marco jurídico para una reforma sanitaria en el país para iniciar el cambio del paradigma de salud en el país. Uno de estos cambios es la implementación de un conjunto de estrategias denominadas “modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural (MAIS-FCI)”, que buscan suplir las necesidad en salud del pueblo ecuatoriano, de manera gratuita, preventiva, en la comunidad, sin distinción (68).

Algunos de los servicios de medicina familiar enmarcados en el MAIS-FCI son:

- Atención integral por ciclos de vida, domiciliaria a las personas con discapacidad, servicios de especialidades básicas (medicina interna, nutrición, gineco-obstetricia).
- Dispensarización de la población: a través de un registro de familias y evaluación de esta, para observar, controlar riesgos.
- Visitas domiciliarias.
- Información de enfermedades de notificación obligatoria.
- Sistema de referencia-contrarreferencia.
- Análisis de la situación de salud de la localidad.

Este tipo de modelo de atención integral es indispensable en el adulto mayor, el cual entra a la última etapa de ciclo vital donde son expuestos a múltiples cambios biológicos, sociales, familiares y económicos que deben ser tomados en cuenta, y que además intervienen en el desarrollo de la depresión. Atender a los adultos mayores considerando estos factores y realizando un seguimiento domiciliario constituye una estrategia para disminuir las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En base a estos lineamientos expuestos en este marco teórico, la hipótesis de este estudio fue:

- La prevalencia de depresión en adultos mayores de las unidades de salud de Quilloac y Cañar es superior al 39% y está asociada a los siguientes factores: estructura familiar, funcionalidad familiar, migración y enfermedades crónicas

CAPITULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las unidades de salud de Quilloac y Cañar en el 2017-2018.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1** Identificar las características sociodemográficas de la población: edad, género, estado civil, residencia.
- 3.2.2** Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor de las unidades de salud de Quilloac y Cañar
- 3.2.3** Describir los factores asociados al adulto mayor de las unidades de salud de Quilloac y Cañar.
- 3.2.4** Determinar el grado de asociación entre depresión en el adulto mayor y los factores como: estructura familiar, funcionalidad familiar, migración y enfermedades crónicas.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico que permitió conocer la prevalencia de depresión en la población de adultos mayores en las unidades de salud de Quilloac y Cañar, y al mismo tiempo su relación con los siguientes factores: estructura familiar, funcionalidad familiar, migración y enfermedades crónicas.

Universo: El universo estuvo conformado por los adultos mayores en las unidades de salud de Quilloac y Cañar.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Adultos mayores de las unidades de Salud de Quilloac y Cañar

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 938 adultos mayores, de los cuales 289 adultos mayores acuden a la Unidad operativa de Quilloac y en la de Cañar 658.

Los individuos de análisis se seleccionaron sobre la base de información registrada en fichas familiares existentes en la unidad de salud de Quilloac y Cañar, de forma que estuvieron representados en ellos los diferentes entornos geográficos de la misma.

Las unidades de observación fueron los adultos mayores de diverso género, pasando a ser seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La selección de la muestra se realizó de manera aleatorizada con el programa Randomized.com y de manera proporcional según la unidad operativa de intervención. Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para universo finito:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra.

N= población 938.

Z²= nivel de confianza del 95%, que corresponde a 1,96.

p= prevalencia de depresión en adultos mayores según la Encuesta de Bienestar, Salud y Envejecimiento en Ecuador, que reporta un 39% (0,39).

q= 1-p (0,61)

d= margen de error aceptado del 5%

Reemplazando queda:

$$n = \frac{(938)(1,96^2)(0,39)(0,61)}{(0,05^2)(937) + (0,39)(0,61)(1,96^2)} = 263.$$

A esto se le sumó el 10% de estimación de pérdida, quedando la muestra mínima a obtener de 291 adultos mayores.

La muestra incluyó un total de 323 adultos mayores de los 291 mismos que se habían estimado, realizándose un sobre-muestreo para asegurar la representatividad y la potencia estadística. En total, fueron seleccionados 148 de la Unidad de Quilloac y 175 de la Unidad de Cañar, dato realizado con nivel de porcentaje de adulto mayor en las unidades.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión de las familias y de los adultos mayores.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron:

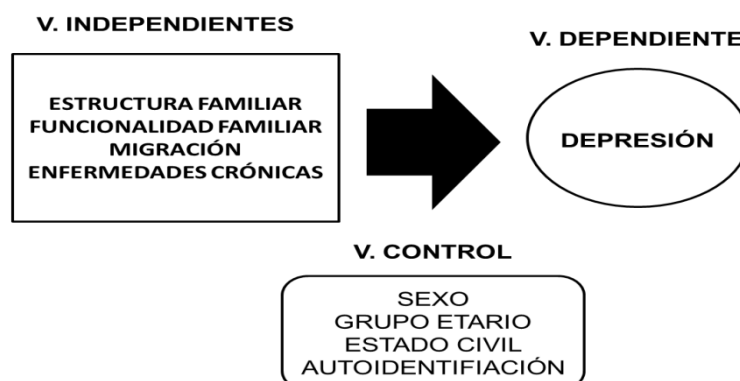
- Adulto mayor que esté dispuesto a colaborar y participar voluntariamente.
- Tener autonomía funcional.
- Firmar el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión de las familias y de los adultos mayores.

- Adulto mayor con discapacidad que impida tener autonomía, patología psiquiátrica, deterioro cognitivo que impida el llenado del cuestionario.
- Adulto mayor que no completara la totalidad del formulario de recolección de datos.
- Adultos mayores que a pesar de haber firmado el consentimiento informado, deciden no participar posteriormente en el estudio.

4.5 VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES, VER ANEXO 1)

Grafico 1. Variables.



Fuente: proyecto de investigación.

Elaborado por: Md. Cesar Vélez (2018).

Variable dependiente:

- Depresión

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Estructuración familiar
- Funcionalidad familiar
- Migración
- Enfermedades crónicas.

VARIABLES CONTROL

- Edad, género, auto identificación, estado civil.

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los individuos incluidos en estudio fueron abordados en las unidades de salud de Quilloac y Cañar luego de haber sido seleccionados por números aleatorios, en donde se les informó sobre el estudio de investigación de depresión en el adulto mayor. Si el adulto mayor aceptó participar en el estudio, se le aplicó el consentimiento informado (Anexo 2), procediendo a firmarlo y posteriormente se tomaron los datos para llenar el formulario (Anexo 3). En el caso de no aceptar, se prosiguió al siguiente número, hasta que se completó la totalidad de la muestra.

4.6.1 Instrumentos de investigación

Para evaluar la depresión se escogió la Escala Geriátrica de Yesavage, que permite el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años. La versión utilizada fue:

- **Versión de 15 ítems:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4: Normal.
 - 5 o más se consideró depresión (69).

Por otro lado, para evaluar el funcionamiento familiar, se utilizó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), el cual fue elaborado en el año 1999. Es un instrumento que puede aplicarse a un miembro de la familia que se encuentre emocionalmente estable y que conviva la mayor parte con los demás miembros de la familia (70).

Para las variables independientes de estructura familiar, migración y enfermedades crónicas no transmisibles se utilizaron formularios que fueron posteriormente validados determinando así su fiabilidad.

4.6.2 Validación del instrumento de recolección de datos.

Para la realización del presente estudio, se tomó en cuenta la validación del instrumento a utilizar, se tomaron 20 individuos como referencia y se les aplicó el cuestionario que se encuentra constituido por las preguntas correspondientes a la Escala Geriátrica de Yesavage, asimismo la escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y las variables independientes de estructura familiar, migración y enfermedades crónicas no transmisibles que fueron categorizadas en números. Su supuesto de coherencia interna o variabilidad del conjunto de ítems se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach (media ponderada de las correlaciones entre las variables o ítems que forman parte de la escala), obteniéndose los valores más elevados mediante la correlación de los ítems con la suma de los mismos siendo esta de 0,715 demostrándose un instrumento fiable para su utilización en nuestra población.

Tabla 1. Análisis de fiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,715	0,855	34

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración: Md. César Vélez (2018).

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Las variables categóricas: edad, género, auto identificación y estado civil fueron presentadas en tablas de distribución simple en donde consta el nombre de la variable, frecuencia absoluta y porcentaje.

La prevalencia de depresión se obtuvo a través de dividir el número de pacientes con esta patología para el total de la muestra, al igual que las prevalencias estratificadas por género que se obtuvieron al dividir el total de hombres o mujeres con depresión entre el total de hombres y mujeres. La prevalencia por estado civil se obtuvo a través de dividir el total de individuos solteros, casados, unión libre y viudos con depresión entre el total de solteros, casados, unión libre y viudos.

Para el análisis estadístico de las variables asociadas se utilizó la prueba chi cuadrado que evalúa la asociación entre variables cualitativas y se calcularon los Odds Ratios (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para evaluar la magnitud de la asociación. Se consideró significativo si $p < 0,05$. Luego de la recolección de los datos con los instrumentos antes descritos, se realizó el análisis de la información. Para ello se utilizó el software SPSS



versión 23.0 que permitió visualizar los datos estadísticos, el programa Microsoft Word para manejo literario y el programa Microsoft Excel 2013 permitió realizar tablas con la información obtenida.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar este estudio se solicitaron los permisos a las autoridades correspondientes del Distrito 03D02 al director del centro de salud de Quilloac y Cañar. Esta investigación se sustentó en la conservación de los principios éticos, las normas y procedimientos vigentes a nivel internacional que proporcionaron la seguridad y confidencialidad de la información de los individuos que se sometieron a las diferentes pruebas necesarias para obtener los datos.

Por estas razones se aplicó el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación. En base a lo expresado se leyó la hoja de consentimiento informado, se le explicó el tiempo que tardaría en contestar el cuestionario y una vez enterados los individuos de las posibles complicaciones positivas o negativas de las pruebas declararan su aceptación con su firma.

Los datos que se obtuvieron fueron obtenidos con total veracidad y pueden ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por la comisión de Bioética o por el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO V**5. RESULTADOS**

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según las unidades de salud de Cañar y Quilloac. Provincia Cañar, Ecuador, 2018.

Lugar de Estudio	N	%
Cañar	175	54,2
Quilloac	148	45,8
Total	323	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).

Interpretación: Se evaluaron un total de 323 adultos mayores de ambos sexos, donde 54,2% (n=175) correspondió a la unidad de Salud de Cañar, mientras que el 45,8% (n=148) fueron de la unidad de Salud de Quilloac, **Tabla 2.**

Tabla 3. Distribución de los adultos mayores de la unidad de salud de Cañar y Quilloac según características sociodemográficas. Ecuador, 2018.

	Cañar		Quilloac	
	N	%	N	%
Género				
Hombre	68	38,9	57	38,5
Mujer	107	61,1	91	61,5
Grupos etarios				
65-74	76	43,4	70	47,3
75-84	74	42,3	53	35,8
>85	25	14,3	25	16,9
Estado civil				
Soltero	0	0	8	5,4
Casado	125	71,4	105	70,9
Divorciado	2	1,1	2	1,4
Unión Libre	1	0,6	0	0
Viudo	47	26,9	33	22,3
Auto-identificación				
Mestizos	125	71,4	77	52,0
Indígenas	48	27,4	69	46,6
Afro-Ecuatorianos	0	0	0	0
Blancos	2	1,1	2	1,4
Montubio	0	0	0	0
Total	175	100,0	148	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).



Interpretación: En la región urbana de Cañar, el 61,1% (n=107) pertenecieron al sexo femenino y el 38,9% (n=68) correspondió al sexo masculino. Las características más frecuentes observadas fueron la edad entre 65-74 años (43,3%), el estado civil casado (71,4%) y la auto-identificación como mestizo (71,4%). A su vez, en Quilloac, el 61,5% (n=91) pertenecieron al sexo femenino y el 38,5% (n=57) correspondió al sexo masculino. Por otro lado, al igual que en Cañar, la mayoría de los individuos tenía entre 65-74 años de edad (47,3%) y 70,9% fueron casados. Esta región se caracterizó por tener un mayor número de individuos indígenas con el 46,6%, **Tabla 3.**

Tabla 4. Prevalencia de depresión en adultos mayores de las unidades de Salud de Cañar y Quilloac. Provincia Cañar, Ecuador, 2018.

	Cañar		Quilloac		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	
					3,247 (0,072)
Normal	95	54,3	95	64,2	
Depresión	80	45,7	53	35,8	
Total	175	100,0	148	100,0	

* Prueba chi cuadrado

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).

Interpretación: En la unidad de salud de Cañar se encontró una prevalencia mayor de depresión (45,7%) que en Quilloac (35,8%), sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre estas variables ($\chi^2= 3,24$; $p=0,072$),

Tabla 4.

Tabla 5. Distribución de las características sociodemográficas según ciclo vital del adulto mayor en la unidad de salud de Cañar. Provincia Cañar, Ecuador, 2018.

	65-74		75-84		>85		χ^2 (p=)
	Años		años		años		
Estructura familiar							7,178 (0,518)
Familia extensa	52	68,4	57	77,0	19	76,0	
Familia nuclear	22	28,9	15	20,3	4	16,0	
Personas sin familia	1	1,3	1	1,4	1	4,0	
Equivalentes familiares	0	0	1	1,4	1	4,0	
Familia reconstruida	1	1,3	0	0	0	0	
Otros	0	0	0	0	0	0	
Funcionalismo familiar							6,443 (0,168)
Familia severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	
Familia disfuncional	0	0	0	0	1	4,0	
Familia moderadamente funcional	6	7,9	8	10,8	2	8,0	
Familia funcional	70	92,1	66	89,2	22	88,0	
Migración							0,466 (0,792)
Sí	11	14,5	8	10,8	3	12,0	
No	65	85,5	66	89,2	22	88,0	
ECNT							3,062 (0,216)
Sí	20	26,3	26	35,1	11	44,0	
No	56	73,7	48	64,9	14	56,0	
Total	76	100,0	74	100,0	25	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).



Interpretación: El ciclo vital del adulto no se relacionó con cambios en la estructura familiar ($\chi^2=7,178$; $p=0,518$), en la funcionalidad familiar ($\chi^2=6,443$; $p=0,168$), la migración ($\chi^2=0,466$; $p=0,792$) y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas o comorbilidades ($\chi^2=3,062$; $p=0,216$), con los tres grupos teniendo una mayor frecuencia de familia extensa, familia funcional, sin familiares migrantes y con una prevalencia de comorbilidades entre 26,3% al 44%, **Tabla 5.**

Tabla 6. Distribución de las características sociodemográficas según ciclo vital del adulto mayor en la unidad de salud de Quilloac. Provincia Cañar, Ecuador, 2018.

	65-74		75-84		>85		χ^2 (p=)
	años		Años		años		
Estructura familiar							7,956 (0,633)
Familia extensa	45	64,3	30	56,6	16	64,0	
Familia nuclear	20	28,6	17	32,1	7	28,0	
Personas sin familia	1	1,4	5	9,4	1	4,0	
Equivalentes familiares	1	1,4	0	,0	0	,0	
Familia reconstruida	2	2,9	0	,0	1	4,0	
Otros	1	1,4	1	1,9	0	0	
Funcionalismo familiar							3,485 (0,480)
Familia severamente disfuncional	0	0	0	0	0	0	
Familia disfuncional	1	1,4	2	3,8	1	4,0	
Familia moderadamente funcional	9	12,9	3	5,7	1	4,0	
Familia funcional	60	85,7	48	90,6	23	92,0	
Migración							0,524 (0,770)
Sí	17	24,3	11	20,8	7	28,0	
No	53	75,7	42	79,2	18	72,0	
ECNT							9,937 (0,007)
Sí	11	15,7	6	11,3	10	40,0	
No	59	84,3	47	88,7	15	60,0	
Total	70	100,0	53	100,0	25	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).



Interpretación: El ciclo vital del adulto no se relacionó con cambios en la estructura familiar ($\chi^2=7,956$; $p=0,633$), donde en los 3 grupos predominó la estructura de familia extensa (64,3%, 56,6% y 64% respectivamente). A su vez, tampoco hubo cambios en la funcionalidad familiar entre los grupos de adultos mayores ($\chi^2=3,485$; $p=0,480$), con mayor frecuencia de familia funcional en cada etapa del ciclo vital del adulto mayor. En relación a la migración, no se relacionó con las etapas del adulto mayor ($\chi^2=0,524$; $p=0,770$), con casi el 90% de cada grupo, sin poseer familiares que hubieran migrado. La única variable asociada al ciclo vital fue la presencia de enfermedades crónicas degenerativas o comorbilidades ($\chi^2=9,937$; $p=0,007$), donde aumentó la prevalencia de estas patologías a medida que avanzaba la edad, desde 15,7% en el grupo de 65-74 años hasta 40% en el grupo de mayores a 85 años de edad, **Tabla 6**.

Tabla 7. Factores de riesgo para depresión en los adultos mayores de la unidad de salud de Cañar. Provincia Cañar, 2018.

	Depresión		Normal		OR	IC 95%	p
	n	(%)	n	(%)			
Estructura familiar							
Familia desestructurada	5	83,3	1	16,7	6,26	0,71-54,79	0,060
Familia estructurada	75	44,4	94	55,6			
Funcionalidad familiar*							
Familia disfuncional	1	100,0	0	0	-	-	0,274
Familia funcional	79	45,4	95	54,6			
Migración							
Sí	17	77,3	5	22,7	4,85	1,70-13,85	0,001
No	63	41,2	90	58,8			
Comorbilidades							
Sí	37	64,9	20	35,1	3,22	1,66-6,24	0,001
No	43	36,4	75	63,6			
Autoidentificación							
No indígena	65	51,2	62	48,8	2,30	1,14-4,65	0,018
Indígena	15	31,3	33	68,8			
Estado civil							
Otros	27	54,0	23	46,0	1,59	0,82-3,08	0,164
Casado	53	42,4	72	57,6			
TOTAL	80	45,7	95	54,3			

*No se pudo calcular los OR e IC 95% por frecuencias igual a 0 en algunos de los grupos.

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).

Interpretación: En cuanto a la estructura familiar y la funcionalidad familiar, si bien se encontró una prevalencia elevada de depresión en las familias desestructuradas (83,3%) y disfuncionales (100%), no hubo relación estadísticamente significativa entre estas variables con la depresión ($p=0,060$ y $p=0,274$, respectivamente).

En relación a la migración se evidenció una asociación estadísticamente significativa con esta variable ($p=0,001$), donde los adultos mayores con familiares que migraron tuvieron mayor prevalencia de depresión (77,3%), con una razón de probabilidad de 4,85 (IC 95%= 1,70-13,85) de presentar esta patología, comparados a los adultos mayores sin familiares que migraron.

Al evaluar las comorbilidades, se observó una asociación estadísticamente significativa con la depresión ($p=0,001$), donde los pacientes con comorbilidad tuvieron una mayor prevalencia de depresión (64,9%) y una razón de probabilidad de presentar esta patología de 3,22 (IC 95%= 1,66-6,24) veces más, comparados a los que no tenían comorbilidad.

En relación a la auto-identificación, los sujetos que no pertenecieron a etnias indígenas presentaron una mayor prevalencia de depresión y una razón de probabilidad de 2,30 (IC 95%= 1,14-4,65) de tener esta patología psiquiátrica, en comparación a los pacientes indígenas ($p=0,018$). Por último, con respecto al estado civil, no hubo relación estadísticamente significativa con la depresión ($p= 0,164$), **Tabla 7.**

Tabla 8. Factores de riesgo para depresión en los adultos mayores de la unidad de salud de Quilloac. Provincia Cañar, 2018.

	Depresión		Normal		OR	IC 95%	p
	n	%	n	%			
Estructura familiar							
Familia desestructurada	7	53,8	6	46,2	2,25	0,71-7,10	0,156
Familia estructurada	46	34,1	89	65,9			
Funcionalidad familiar							
Familia disfuncional	3	75,0	1	25,0	5,64	0,57-55,64	0,097
Familia funcional	50	34,7	94	65,3			
Migración							
Si	16	45,7	19	54,3	1,73	0,79-3,74	0,162
No	37	32,7	76	67,3			
Comorbilidades							
Si	15	55,6	12	44,4	2,73	1,16-6,39	0,018
No	38	31,4	83	68,6			
Autoidentificación							
No indígena	20	25,3	59	74,7	0,37	0,18-0,74	0,004
Indígena	33	47,8	36	52,2			
Estado civil							
Otros	17	39,5	26	60,5	1,25	0,60-2,60	0,545
Casado	36	34,3	69	65,7			
TOTAL	53	35,8	95	64,2			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Md. César Vélez (2018).

Interpretación: En cuanto a la estructura familiar de los adultos mayores de la unidad de salud de Quilloac, no se observó asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de depresión ($p=0,156$). A su vez, no se evidenciaron diferencias significativas en la prevalencia de depresión entre los pacientes con familias funcionales y familias disfuncionales en la unidad de salud de Quilloac ($p=0,097$).

La migración familiar tampoco constituyó una variable relacionada a la prevalencia de depresión ($p=0,162$), con 32,7% para aquellos con familias sin migración y 45,7% para los que si poseían este antecedente familiar.

Por otro lado, la presencia de comorbilidades si se asoció significativamente a la prevalencia de depresión en la unidad de salud de Quilloac ($p=0,018$), con una prevalencia mayor de esta patología psiquiátrica en los pacientes con otras enfermedades como hipertensión, diabetes o artrosis (55,6%). La razón de probabilidad de presentar depresión en este grupo fue de 2,73 (IC 95%= 1,16-6,39) veces más, comparados a los que no tenían comorbilidades.

Otra variable relacionada a la prevalencia de depresión en esta unidad de salud fue la auto-identificación ($p=0,004$), donde los sujetos no indígenas presentaron una menor prevalencia de depresión y una razón de probabilidad de 0,37 (IC 95%= 0,18-0,74), comparado a los pacientes pertenecientes a etnias indígenas. En última instancia, el estado civil no se relacionó de forma significativa con la depresión ($p=0,545$), **Tabla 8**.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Los adultos mayores poseen una serie de cualidades que los hace una población especial, con el envejecimiento, surgen un conjunto de cambios progresivos en el ámbito anatómico, fisiológico y mental, en parte debido al proceso natural e inherente fisiológico, pero también a la carga progresiva de diversos factores de riesgo a los que estuvieron expuestos por largo tiempo. En relación a la depresión, los adultos mayores parecen ser más propensos a padecer esta patología, ya que experimentan no solo cambios orgánicos relacionados a una mayor frecuencia de patologías crónicas, sino sociales como: exclusión de la vida ocupacional, aislamiento con sus familiares y menor capacidad o recursos para afrontar la vida, lo que incrementa el riesgo de morbilidad (71).

En este estudio se observó que en Cañar y Quilloac, las mujeres fueron más frecuentes, así como lo reporta un estudio realizado en Antioquía-Colombia, que incluyó a 4248 adultos mayores, evidenciando que el 62% de los sujetos incluidos eran mujeres (51). En cuanto al estado civil, la mayoría de los individuos eran casados y también eran de raza mestiza, cifras que se corresponden con las observadas a nivel nacional según el Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador, con un 40-42% de los habitantes de la provincia de Cañar siendo casados y más del 70% auto identificándose como mestizos (72).

Asimismo, en un estudio de prevalencia de depresión realizado en Antioquia, Colombia, se evidencia que la mayor frecuencia de adultos mayores eran casados, aunque con un menor porcentaje que el observado en este estudio (29,5%) (51). Por otro lado, los adultos mayores en nuestro estudio pertenecieron en su mayoría a familias extensas (60-70%), en donde se incluyen otros individuos parientes o no aparte de la familia nuclear (padres e hijos), a diferencia de una investigación realizada en 220 pacientes mayores a 60 años residentes de México donde, en su mayoría (56%) pertenecían a una familia nuclear (73).

Con respecto a la prevalencia de depresión, en este estudio se observó que en la región urbana de Cañar había una prevalencia del 45,7% y en la región rural de Quilloac fue de 35,8%. Estos resultados son similares a los reportados en Brasil, en un estudio transversal y descriptivo que incluyó a 102 adultos mayores de Brasil, encontrando una prevalencia de depresión del 49%, medida por medio de la escala Yesavage (74). Por otro lado, en Antioquía, Colombia se reportó una prevalencia del 29,5% de depresión, utilizando el cuestionario de valoración geriátrica de depresión de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems, la cual se relacionó con mala calidad de vida y pérdida de la capacidad funcional en estos pacientes (51).

En otras latitudes se han reportado prevalencias menores de depresión en adultos mayores, como en una investigación realizada en Guadalajara-España, la cual incluyó a 417 adultos mayores a 64 años, diagnosticando depresión a través de la escala de Yesavage. La prevalencia reportada fue del 19%, siendo más frecuentes en el medio rural, a diferencia de esta investigación en donde fue más frecuente en la región urbana. Además planteando dos importantes factores de riesgo para la depresión en esta población, el riesgo social y las comorbilidades (50).

La funcionalidad familiar es considerada un factor importante en el desarrollo de la depresión, ya que, debido a la coexistencia de comorbilidades en un paciente mayor, es requerida una mayor capacidad y plasticidad en el manejo de las relaciones familiares, siendo necesario adaptarse para superar las etapas del ciclo de vida. Pero si surgen factores estresantes, entre estos la depresión, puede establecerse un conflicto en la familia agotándose las habilidades de respuesta y adaptación conllevando a la disfunción. Este factor es de suma importancia ya que constituye un potencial objetivo en el tratamiento de esta patología (12).

En la unidad de Quilloac, los pacientes con familias disfuncionales presentaron una mayor prevalencia de depresión, comportamiento que también se evidenció en la unidad de Cañar. Estos resultados se asemejan a los

planteados en un estudio realizado en México, realizada en 393 adultos mayores que asistían a la unidad de Medicina Familiar del IMSS, donde entre los pacientes con depresión (cuantificada por medio de la escala Yesavage), solo el 9% tenía una familia funcional y el 55,7% vivían con familias de tipo disfuncional, a diferencia de los pacientes sin esta patología (65,4% en familias funcionales) (12).

Asimismo, se realizó una investigación en Brasil, que incluyó 107 adultos mayores con el objetivo de correlacionar la funcionalidad familiar con los síntomas depresivos. El método para evaluar la función familiar fue la escala de APGAR familiar, evaluando depresión a través de la escala de Yesavage. La prevalencia de depresión fue del 67%, en donde los pacientes con familias disfuncionales presentaron una prevalencia de depresión del 84%, mientras que de aquellos con familias funcionales, solo el 8% presentó depresión, lo que denota la importancia del componente familiar en la depresión de adultos mayores (55).

En ambas unidades de salud, se encontró una mayor prevalencia de depresión en las familias desestructuradas, mientras que, se encontró una mayor frecuencia de pacientes sin esta patología en las familias estructurada. Más que una relación rígida entre estas variables, pareciese ser que la dependencia entre la estructura familiar y la depresión, se aplica cuando se convive fuera de lo establecido como común por la sociedad, como propone un estudio realizado en Pakistán en el continente asiático (56).

Esta investigación incluyó 400 adultos mayores entre 65-74 años de edad, con una prevalencia de depresión del 19,8%, donde evidenciaron que los adultos en familias nucleares tenían mayor probabilidad de tener depresión. En el continente asiático, el modelo de familia predominante es el extenso, mayor aún en zonas rurales, donde se comparten actividades con familiares de otras generaciones, manteniendo un nivel de autoridad y control de las generaciones pasadas sobre las presentes, y al experimentar un cambio hacia la familia

nuclear, se pierde ese poder, además de que disminuye el apoyo hacia los adultos mayores (56).

Otro factor social y familiar importante para el desarrollo de la depresión en los adultos mayores, es la migración de integrantes del núcleo familiar, ya que se plantea que los adultos mayores son abandonados en muchas ocasiones, promoviendo el aislamiento social, la pérdida de roles familiares o el apoyo familiar. En este estudio, se observó que tanto para la unidad de Salud de Cañar como Quilloac, los adultos con depresión tenían un mayor porcentaje de migración familiar, pero solo en Cañar se asoció de forma significativa a la enfermedad.

Estos resultados, son diferentes a los planteados por un estudio de cohorte de 1 año de seguimiento realizado en Tailandia, donde se incluyó a 1111 pacientes mayores a 60 años. El 16% de los adultos tuvieron hijos que migraron hacia las zonas urbanas y 84% ya tenían al menos 1 viviendo en esa zona, donde observaron que tener hijos migrantes protegió contra la depresión, mientras que en el caso de que un hijo regresara, aumentó el riesgo de depresión. Según plantean, este panorama depende de la visión de la migración y los objetivos de la misma, en muchos casos surgiendo sentimientos positivos en la seguridad familiar, reduciendo gastos y aumentando la entrada económica familiar, pero por otro lado, puede ocasionar ruptura de la estructura familiar (75,76).

La presencia de comorbilidades también se asoció con la depresión en ambas unidades de salud, conllevando a una probabilidad de 2 a 3 veces más de presentar esta patología psiquiátrica. La relación entre este trastorno psiquiátrico y otras condiciones médicas se ha reportado en la literatura de forma extensa, conllevando a más gastos y peor pronóstico. Esto fue planteado en España, donde la presencia de 3 enfermedades incapacitantes se relacionó a casi 3 veces más el riesgo de depresión (50).

A su vez, en Siria evaluaron la relación entre las comorbilidades y la depresión en 2038 adultos, donde se observó que en las mujeres la enfermedad cardíaca, la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica se relacionó con la presencia de depresión, mientras que en los hombres las enfermedades reumáticas y las enfermedades pulmonares fueron las principales patologías relacionadas con la depresión (57). Estas enfermedades pueden afectar el funcionamiento y la capacidad de las personas lo que conlleva al estado depresivo. Por otro lado, en pacientes mayores a 75 años de España, la depresión se asoció con la presencia de hipertensión arterial, cáncer, sedentarismo y menor nutrición (54).

Desde el punto de vista de la atención primaria, sigue constituyendo un reto el diagnóstico de depresión en adultos mayores, ya que se aglomeran los síntomas depresivos con otras patologías médicas de progresión crónica, afectación cognitiva-conductual, problemas funcionales, nutricionales y por supuesto en el ámbito social o familiar, por lo que en muchas ocasiones no pueden identificarse estos síntomas. Por esta razón, es importante la promoción de un cribado sistemático de esta patología en las consultas de atención primaria, tomando en consideración las poblaciones en más riesgo, siendo esta por supuesto, los adultos mayores con enfermedades crónicas-degenerativas y alteraciones de la función familiar o social.

En última instancia hay que destacar que dentro de las limitaciones de este estudio, se encuentra el diseño transversal del mismo, que no permite determinar causalidad solo la asociación entre estas variables, por lo tanto es necesario estudios prospectivos que evalúen desde la adultez media hasta la entrada a la adultez mayor, para conocer la evolución natural de los hechos.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- En la unidad de salud de Cañar hubo una mayor frecuencia de mujeres. La mayor parte de los adultos mayores se encontraban entre 65-74 años, estaban casados y eran mestizos.
- En la unidad de salud de Quilloac, se observó el mismo comportamiento con una mayor frecuencia de mujeres, entre 65-74 años, casados, y mestizos, aunque el porcentaje de indígenas aumentó hasta un 46,6%.
- La prevalencia de depresión en esta población fue elevada con un 45,7% en Cañar y un 35,8% en Quilloac.
- En los adultos mayores fue más común pertenecer a una familia estructurada, de carácter funcional, con baja frecuencia de familiares migrantes y 15-40% de comorbilidades, variando poco según el ciclo vital del adulto mayor.
- Los factores de riesgo significativos para depresión en la unidad de salud de Cañar fueron la migración familiar, la presencia de comorbilidades y no pertenecer a la etnia indígena.
- Por otro lado, en la unidad de salud de Quilloac, la presencia de comorbilidad fue el único factor de riesgo encontrado, mientras que el no pertenecer a la etnia indígena constituyó un factor protector de esta patología psiquiátrica.
- La depresión fue un importante problema de salud en los adultos mayores de las unidades de salud atendidas, relacionándose con

factores médicos como las comorbilidades y factores familiares-sociales como los movimientos migratorios.

7.2 RECOMENDACIONES

- Cribar para depresión en las consultas de las unidades de salud a todo adulto mayor para detectar de forma temprana esta patología y poder implementar atención especializada que disminuya el riesgo de morbilidad y mortalidad en estos pacientes.
- Evaluar en las consultas de las unidades de salud, la actitud sobre la migración si la hubiera, ya que estos se relacionan con la depresión y pueden constituir objetivos de la psicoterapia para mejorar los síntomas psiquiátricos del paciente.
- Evaluar de forma integral a todo adulto mayor que consulte a la unidades de salud, diagnosticando comorbilidades de importancia en su grupo etario como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y otras patologías crónicas degenerativas que puedan ocasionar que el paciente tenga limitaciones o pérdida autonomía, ya que esto se relaciona con la depresión.
- Promover campañas de educación y de la promoción de la salud a los adultos mayores que consulten a las unidades de salud promoviendo un estilo de vida saludable.
- Realizar nuevos estudios con un mayor número de muestra y en otros centros de salud de la región, para mejorar la potencia estadística del estudio y formar un buen suelo de conocimiento científico acerca de la depresión en el adulto mayor en Ecuador.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.; 2014.
2. Lara-Mera DB, Pineda-Chávez MI. Estudio de los procesos de envejecimiento activo de los/las adultos mayores habitantes del Centro Histórico de la ciudad de Quito. [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Politécnica Salesiana; 2014. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7300/6/UPS-QT06161.pdf>
3. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492–502.
4. Galarza-Santander J, Solano-Jara N. Desintegración familiar asociada al bajo rendimiento [Internet] [Tesis de pregrado]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2207>
5. Zavala-Rodríguez M, Ríos-Guerra M, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2009;9(3):257-70.
6. Mora-Tenesaca DA. Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes, Biblián 2015. Bachillerato de las Unidades Educativas: Dr. Camilo Gallegos Domínguez y José Benigno Iglesias [Internet] [Tesis de pregrado]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23775>
7. Pérez-Quishay MA. La migración del campo a la ciudad genera abandono de los adultos mayores, necesidad de reformar a los arts. 2, 3, 10 de la ley del anciano [Internet] [Tesis de pregrado]. [Loja-Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2014. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/7565>
8. Trujillo-Andrade CA. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Girón, Ecuador]: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2012. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1467>
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. I Encuesta de Salud, Bienestar y envejecimiento. [Internet]. 2009. Disponible en:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf

10. Pérez-Cruz E, Sánchez L, Cecilia D, Esteves M, del Rosario M. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp.* 2014;29(4):901-6.
11. Krzyminska-Siemaszko R, Chudek J, Suwalska A, Lewandowicz M, Mossakowska M, Kroll-Balcerzak R, et al. Health status correlates of malnutrition in the polish elderly population—Results of the Polsenior Study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016;20(21):4565–4573.
12. Itandehui-Martínez Piñón A, Pastrana-Huanaco EC, Rodríguez-Orozco AR, Gómez-Alonso C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Médica Chile.* 2009;137(12):1642–1643.
13. Castillo-Guamán DM. Enfermedades de los ancianos como causas de abandono familiar [Internet] [Tesis de pregrado]. [Loja-Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2015. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20CASTILLO%20GUAM%C3%81N.pdf>
14. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017 [Internet]. 2013. Disponible en: [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)
15. Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(3):279-89.
16. Segarra JO, Serrano MÁ, Rivero GS, Argudo UF, Alvarracín DT. Limitación Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Zona 6 de Salud en Ecuador. *Rev Médica HJCA.* 2016;8(2):179-86.
17. Klein DN. Classification of Depressive Disorders in DSM-V: Proposal for a Two-Dimension System. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(3):552.
18. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety.* 2014;31(6):459-71.
19. World Health Organization. *World Report on Ageing and Health.* Geneva: World Health Organization; 2015. 260 p.
20. Ferreira-Salazar C, García-García K, Macías-Leiva L, Pérez-Avellanea A, Tomsich C. *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Serie Información estratégica.* Quito, Ecuador: Editorial Ecuador; 2013. 180 p.

21. García-Castañeda NJ, Cardona-Arango D, Segura-Cardona ÁM, Garzón-Duque MO. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(6):528-34.
22. Bastidas-Bilbao H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Rev Psicol PUCP*. 2014;32(2):191-218.
23. Sözeri-Varma G. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging Dis*. 2012;3(6):465-71.
24. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(Suppl 3):S341-62.
25. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
26. Savitz J, Drevets WC. Bipolar and major depressive disorder: Neuroimaging the developmental-degenerative divide. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009;33(5):699-771.
27. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*. 2010;9(3):155-61.
28. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behav Brain Res*. 2018;341:79-90.
29. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1552-62.
30. Duman RS. Pathophysiology of depression and innovative treatments: remodeling glutamatergic synaptic connections. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(1):11-27.
31. Gehi A, Haas D, Pipkin S, Whooley MA. Depression and Medication Adherence in Outpatients With Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2005;165(21):2508.
32. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37(Supplement 1):S81-90.
33. Antúnez M, Bettiol A. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Médica Colomb*. 2016;41(2):102-10.
34. Muñoz-Plata RM. Dolor y capacidad funcional en pacientes con artrosis: influencia de los factores psicológicos [Internet] [Tesis Doctoral]. [Madrid]:

- Universidad Complutense de Madrid; 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/40311/>
35. Onubogu UD. Pain and depression in older adults with arthritis. *Orthop Nurs.* 2014;33(2):102-8.
 36. Murphy SL, Lyden AK, Phillips K, Clauw DJ, Williams DA. Subgroups of older adults with osteoarthritis based upon differing comorbid symptom presentations and potential underlying pain mechanisms. *Arthritis Res Ther.* 2011;13(4):R135.
 37. Bordignon NA. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Rev Lasallista Investig.* 2005;2(2):50-63.
 38. Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M. Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Salud Ment.* 2008;31(6):461-8.
 39. Torres HML, Sepúlveda YL, Aguilar JLV, Pérez RH. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay.* 2015;21(1):65-74.
 40. Gamo-Medina E, Pazos-Pezzi P. El duelo y las etapas de la vida. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2009;29(2):455-69.
 41. Salazar AM, Plata SJ, Reyes MF, Gómez P, Pardo D, Rios J, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colomb.* 2015;31(2):176-83.
 42. Davison TE, McCabe MP, Knight T, Mellor D. Biopsychosocial factors related to depression in aged care residents. *J Affect Disord.* 2012;142(1-3):290-6.
 43. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):135-42.
 44. Areán PA, Reynolds CF. The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biol Psychiatry.* 2005;58(4):277-82.
 45. Bisschop MI, Kriegsman DMW, Beekman ATF, Deeg DJH. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 1982. 2004;59(4):721-33.
 46. Li J, Theng YL, Foo S. Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. *J Cross-Cult Gerontol.* 2015;30(4):409-22.
 47. Vásquez NSM, Posada JJZ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicol.* 2015;8(2):103-21.

48. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Medica Hered.* 2014;25(2):57–59.
49. Herrera Mosquera G, Moncayo MI, García AE. Perfil migratorio del Ecuador, 2011. [Internet]. Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2012. 129 p. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/perfil_migratorio_del_ecuador2011.pdf
50. Torija U, Román J, Mayor F, Miguel J, Salazar G, Pilar M, et al. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42.
51. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Pública.* 2014;17:184-94.
52. Sinchire-Gómez MV. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Loja-Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2017. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontol%C3%B3gicos%20de.pdf>
53. Espinoza-Moreira C, Vacacela-Álvarez M. Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. *INVESTIGATIO.* 2014;(5):93-109.
54. Kronfly-Rubiano E, Rivilla-Frias D, Ortega-Abarca I, Villanueva-Villanueva M, Beltrán-Martínez E, Comellas-Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2015;47(10):616-25.
55. de Oliveira SC, dos Santos AA, Pavarini SCI. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):65-71.
56. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2007;7:57.
57. Kilzieh N, Rastam S, Maziak W, Ward KD. Comorbidity of depression with chronic diseases: a population-based study in Aleppo, Syria. *Int J Psychiatry Med.* 2008;38(2):169-84.
58. Wade D, Halligan P. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil.* 2017;31(8):995-1004.

59. Anderson BR. Improving Healthcare by Embracing Systems Theory. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2016;152(2):593-4.
60. Silva-Murillo R. Características de los sistemas en las organizaciones perspectivas. *PERSPECTIVAS*. 2009;(23):149-63.
61. Solis L. El pensamiento complejo [Internet]. Fundación Unida; Disponible en:
http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Modulo_Basico/Pensamiento%20Complejo.pdf
62. Cramer AOJ, van Borkulo CD, Giltay EJ, van der Maas HLJ, Kendler KS, Scheffer M, et al. Major Depression as a Complex Dynamic System. *PLoS ONE*. 2016;11(12):e016790.
63. Heylighen F, Joslyn C. Cybernetics and Second-Order Cybernetics. En: *Encyclopedia of Physical Science & Technology*. 3rd ed. New York: Academic Press; 2001.
64. Arnold M, Osorio F. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta Moebio*. 1998;3:40-9.
65. McWhinney IR. Teaching the Principles of Family Medicine. *Can Fam Physician*. mayo de 1981;27:801-4.
66. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino ZO de los M. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780-4.
67. Batista-Moliner R, Sansó-Soberats F, Feal-Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé-Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2001;17(2):109-20.
68. Gafas-González C, Roque-Herrera Y, Bonilla-Pulgar GE. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educ Médica*. 2018;1-7.
69. Martínez de La Iglesia J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12(10):26–40.
70. González EP, Freijomil D de la C, Bernal I de LL, Vea HB. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Cienc -Sum*. 1997;4(1):63-6.
71. Flores-Pacheco S, Huerta-Ramírez Y, Herrera-Ramos O, Alonso-Vázquez OF, Calleja-Bello N. Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *J Behav Health Soc Issues México*. 2011;3(2):89-100.

72. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo Provincial. Cañar. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/canar.pdf>
73. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 23(1):24-8.
74. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* diciembre de 2012;46(6):1387-93.
75. Abas M, Tangchonlatip K, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Darawuttimaprakorn N, Prince M, et al. Migration of Children and Impact on Depression in Older Parents in Rural Thailand, Southeast Asia. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(2):226-33.
76. Abas MA, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Guest P, Tangchonlatip K, Leese M, et al. Rural–urban migration and depression in ageing family members left behind. *Br J Psychiatry.* 2009;195(1):54-60.

CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, hasta la fecha.	Tiempo en años	Años cumplidos	Ordinal 1. 65-74 años 2. 75-84 años 3. >85 años
Genero	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad <i>asigna</i> a hombres y mujeres	Rasgos Biológicos	Fenotipo	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Autoidentificación	Las personas autocalifican a su pertenencia étnica.	Rasgos Biológicos	Respuesta del formulario	Nominal 1. Mestizos 2. Indígenas 3. Afroecuatorianos 4. Blancos 6. Montubio
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja ya sea del mismo sexo o	Status Social Status Familiar	Formulario del INEC	Nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo

	diferente y su situación legal			5. Unión Libre
Depresión	Depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas	Social Psicológica	Test de Yesavage Versión corta 15 ítems	Nominal 1. Si 2. No
Funcionalidad familiar	Es la dinámica funcional de la familia donde observamos: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.	Social	Test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL	Ordinal 1. Severamente disfuncional 2. Disfuncional 3. Moderadamente funcional 4. Funcional
Enfermedades crónicas no ECNT	Enfermedades degenerativas que acompañan al paciente toda su vida.	Rasgos Biológico	Respuesta del formulario	Nominal 1. Si 2. No
			HTA mm Hg	Nominal 1. Si 2. No
			Diabetes Mellitus mg/dl	Nominal 1. Si 2. No
			Artrosis	Nominal



				1. Si 2. No
Estructura familiar	Estatus familiar según los integrantes y parentesco	Social	Escala	Ordinal 1. Familia nuclear 2. Familia extensa 3. Familia Monoparental 4. Familia homoparental 5. Familia reconstituida 6. Otros tipos
Migración	Desplazamiento de una persona a otro lugar (interna o externa), por problemas económicos, laborales, entre otros	Tiempo de ausencia	Datos del cuestionario	Nominal 1. Sí 2. No



Anexo 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

PROTOCOLO DE TESIS “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR EN LAS UNIDADES DE SALUD DE QUILLOAC Y CAÑAR EN EL AÑO 2017”

Yo Cesar Eduardo Vélez Espinoza portador de la CI: 0104238571, estudiante del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria solicito su participación en la realización del presente estudio.

INTRODUCCION: La depresión es una enfermedad recurrente crónica con alteración de las funciones psíquicas, que afecta al adulto mayor y puede asociarse a factores como estructura familiar, función familiar, migración y enfermedades crónicas no trasmisibles.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las unidades de salud de Quilloac y Cañar en el 2017 - 2018.

NUMERO DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO. 323 adultos mayores de 65 años

DURACION DEL ESTUDIO Y TIEMPO DE PARTICIPACION. Febrero 2017 a diciembre del 2017, por cada paciente se tomará 1 hora para realización de estudio.

PROCEDIMIENTO. Se aplicarán formulario que consta de características sociales, test de escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, test de funcionalidad familiar FF-SIL, estructura familiar, migración, y enfermedades crónicas.



RIESGO DEL ESTUDIO. La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos, está amparada en la confidencialidad y no constituye ningún riesgo para usted y los miembros del hogar, y no será utilizado por ningún otro fin.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO. Nos va a permitir conocer, por primera vez, la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las Unidades operativas de Quilloac y Cañar en el año 2017 - 2018.

COSTO Y COMPENSACION. Su participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted ni tampoco se contempla un pago por su participación

PARTICIPACION VOLUNTARIA / RETIRO DEL ESTUDIO. Usted puede decidir participar o no de este estudio. Nosotros respetaremos su decisión.

CONFIDENCIALIDAD. Los resultados de los análisis de estos datos son confidenciales. Esta información estará bajo custodia del investigador principal, con la asignación de un código a cada persona. En las publicaciones que se produzcan, usted no será identificado por su nombre.

PERSONA A CONTACTAR. Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999885741 que pertenece a César Vélez Espinoza, o envíe un correo electrónico a chesarijr@hotmail.com

<p>Nombre del participante: _____</p> <p>Código: _____</p> <p>Firma del investigador.</p> <p>_____</p>	<p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
---	---



Anexo 3: Formulario de recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA**

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en las unidades de salud de Quilloac y Cañar en el 2017.

1. Características sociales

1a Edad años

1b Género

- 1 Hombre
- 2 Mujer

1c Estado Civil

- 1 Soltero
- 2 Casado
- 3 Divorciado
- 4 Unión libre
- 5 Viudo

1d Autoidentificación

- 1 Mestizos
- 2 Indígenas
- 3 Afroecuatorianos
- 4 Blancos
- 5 Montubio

2. Depresión

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

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

PUNTUACIÓN TOTAL V 5.....

PUNTUACIÓN TOTAL V 15.....

**3. Funcionalidad Familiar**

TEST FF-SIL						
	Ítems	Casi nunca 1	Pocas veces²	A veces 3	Muchas veces⁴	Casi siempre 5
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					



10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
Baremo						
Familia funcional		70 a 57				
Familia moderadamente funcional		56 a 43				
Familia disfuncional		42 a 28				
Familia severamente disfuncional		27 a 14				

Tomado de: Ortega M, De la Cuesta D, Díaz C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Revista Cubana de Enfermería. Cuba 1999.

4. Estructura Familiar

- Familia extensa
- Familia nuclear
- Personas sin familia
- Equivalentes familiares
- Familia reconstituida
- Otros tipos



5. Migración

- 1 SI
- 2 NO

6. ECNT

SI NO

- Diabetes
- HTA
- Artrosis

.....
Firma del Encuestado

.....
Firma del Encuestador

.....
Nombre

.....
Nombre

Fecha: / /