



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLOGICA Y FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018”**

**AUTOR:**

**DR. DIEGO HERNÁN OLVER MONCAYO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DIRECTOR:**

**DRA. GEORGINA JIMÉNEZ ESTRADA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dr. Diego Hernán Olver Moncayo*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dra. Georgina Jiménez Estrada

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

*YO, Diego Hernán Olver Moncayo*

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero. Año 2018*”, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 14 de diciembre 2018

**EL AUTOR:**

---

Diego Hernán Olver Moncayo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Diego Hernán Olver Moncayo***

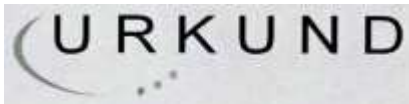
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero. Año 2018*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

**EL AUTOR:**

---

Diego Hernán Olver Moncayo



## Urkund Analysis Result

Analysed Document: OLVER MONCAYO DIEGO HERNAN..doc (D45582479)  
Submitted: 12/12/2018 7:27:00AM  
Submitted By: dr\_olver@hotmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

## **1. AGRADECIMIENTO**

Dedico esta tesis principalmente a Dios, que me ha dado la fortaleza para no rendirme, y me ha guiado espiritualmente en mi deseo de superación.

A mi madre por apoyarme siempre y ser el pilar fundamental en mi vida.

A mi esposa por confiar en mis decisiones y acompañarme continuamente.

A mis hijos por ser esa luz que necesito en mi camino y mi inspiración para cumplir esta meta.

A mis hermanos Karla y Carlos que, a pesar de la distancia, siempre los sentí junto a mí.

A mi gran amigo José Fernando Placeres, que desde cerca o lejos siempre estuvo y estará presente.

## **2. DEDICATORIA**

A Dios, porque su amor y su bondad no tienen fin, este camino ha sido una bendición y gracias a Él no cesan mis ganas de seguir superándome.

Gracias a mi Madre Cruz María por ser mi principal motor de mis sueños, gracias a ella por confiar en mis capacidades y decisiones, con tu amor y anhelo soy capaz de lograr hasta lo incapaz; Gracias a su compañero de vida Carlos Romero que se ha convertido en un amigo y Padre aconsejándome y apoyándome en este largo camino.

Gracias a mi esposa, no solo por estar presente en los mejores momentos, sino en todo momento, ofreciéndome lo mejor y queriendo siempre lo mejor para mí. Esta tesis es algo que he logrado en parte gracias a ti, gracias por tu compañía y amor.

A mis hijos, quienes me impulsan cada día a salir adelante y ofrecerles siempre lo mejor.

Agradezco también de manera muy especial a José Fernando Placeres que más que un gran amigo se convirtió en parte de mi familia, supo guiarme y brindarme sus conocimientos desde el inicio y hasta el fin de esta larga travesía.

A mi tutora la Dra. Georgina Jiménez Estrada por brindarme la asesoría y enseñanza que necesitaba para poder cumplir este proyecto.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**  
**II COHORTE**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**  
DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**  
COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**  
OPONENTE





**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: "Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero. Año 2018"  
ALUMNO: Dr. Diego Hernán Olver Moncayo  
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
<del>3</del>	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

### 3. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. AGRADECIMIENTO .....	VI
2. DEDICATORIA.....	VII
3. ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	X
4. ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
5. ÍNDICE DE ANEXOS .....	XIII
6. RESUMEN .....	XIV
7. ABSTRACT.....	XV
8. INTRODUCCIÓN .....	2
9. EL PROBLEMA.....	8
9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.....	8
9.2 Formulación.....	9
10.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	10
10.1 General.....	10
10.2 Específicos.....	10
11.MARCO TEÓRICO.....	11
11.1 El envejecimiento.....	11
11.2 Depresión.....	13
11.2.1 Factores de riesgo para la depresión.....	14
11.3 La familia .....	16
11.4 Mirada del adulto mayor hacia su familia.....	20
11.5 Estructura y funcionamiento familiar .....	21
11.6 Bases legales.....	26
12.MÉTODOS .....	35
12.1 Justificación de la elección del método .....	35
12.2 Diseño de la investigación.....	35
12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	35
12.2.2 Procedimiento de recolección de la información .....	35
12.2.3 Técnicas de recolección de información .....	38
12.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	38
12.3 Variables .....	39
12.3.1 Operacionalización de variables.....	39
13.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
14.CONCLUSIONES .....	59
15.VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	60
16.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
17.ANEXOS. ....	77

#### 4. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N.1 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN PRESENCIA DE DEPRESIÓN DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	41
TABLA N. 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	43
TABLA N. 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	44
TABLA N. 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN ESTADO CIVIL DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	45
TABLA N. 5. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN ESCOLARIDAD DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	46
TABLA N. 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	47
TABLA N. 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN PRESENTE EN LOS ADULTOS MAYORES DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	48
TABLA N. 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN SU ONTOGÉNESIS DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018 .....	51
TABLA N. 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN EL NÚMERO DE INTEGRANTES DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	52

TABLA N. 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN EL NÚMERO DE GENERACIONES DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	53
TABLA N. 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS CRISIS FAMILIARES EN LOS HOGARES DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	54
TABLA N. 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018.....	55
TABLA N. 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN LAS RELACIONES INTERNAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD 25 DE ENERO. AÑO 2018. ....	57

## 5. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO 2: ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIÁTRICA.....	79
ANEXO 3: ENCUESTA.....	82
ANEXO 4: PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	86

## 6. RESUMEN

**Antecedentes:** El incremento de la población adulta mayor, trae aparejado cambio en los patrones de morbilidad; sobre todo se aprecian las discapacidades físicas y mentales, que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a enfrentar en la actualidad y dentro de ellos la depresión. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Incluyo 96 adultos mayores pertenecientes a los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud 25 de Enero de Guayaquil. Los datos fueron recogidos a través de la actualización de las historias clínicas, fichas familiares, así como la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario elaborado por el autor. **Resultados:** De los 96 adultos mayores estudiados, 56 presentaron depresión leve y 11 depresión severa, predominando el sexo femenino, los mestizos, los que tenían edades entre 65 a 69 años, los jubilados, los casados y los que tenían nivel primario de escolaridad. Los factores de riesgo que predominaron para desarrollar depresión fueron, que eran personas económicamente no productivas y el bajo apoyo social. Al clasificarse las familias predominaron las extensas, medianas y trigeneracionales. Prevalcieron las crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud, así como las familias moderadamente funcionales y dentro de sus relaciones internas existía baja afectividad y armonía, entre sus miembros. **Conclusiones:** Más de la tercera parte de los adultos mayores tiene algún tipo de depresión, siendo mayor en el sexo femenino. Los factores de riesgo predominantes para desarrollar depresión, son los psicosociales.

**Palabras Clave:** ADULTOS MAYORES, DEPRESION, FACTORES DE RIESGO, FAMILIA

## 7. ABSTRACT

**Background:** The increase in the older adult population brings about changes in morbidity patterns; especially physical and mental disabilities are appreciated, which are included among the most important health problems to face today and within them depression. **Materials and methods:** Transversal descriptive observational study. I include 96 senior citizens belonging to the Family and Community Medicine offices of the 25 de Enero health center in Guayaquil. The data were collected through the updating of the medical records, family files, as well as the application of the Yesavage Geriatric Depression Scale and a questionnaire prepared by the author. **Results:** Of the 96 older adults studied, 56 had mild depression and 11 severe depression, predominantly female, mestizos, those between 65 and 69 years old, retired, married and those with a primary level of education. The risk factors that predominated to develop depression were, that were economically nonproductive people and the low social support. When the families were classified, the large, medium and trigenerational families predominated. The crises linked to old age and health problems prevailed, as well as moderately functional families and within their internal relations there was low affectivity and harmony among their members. **Conclusions:** More than a third of the older adults have some type of depression, being higher in the female sex. The predominant risk factors for developing depression are psychosocial.

**Keywords:** ELDERLY ADULTS, DEPRESSION, RISK FACTORS, FAMILY

## 8. INTRODUCCIÓN

La tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida, durante el presente siglo XXI, han dado al fenómeno del envejecimiento de la población, un realce sin precedentes. Por lo que el envejecimiento amenaza con sobrecargar a los jóvenes y dejar a los adultos mayores vulnerables a las dificultades de la vejez, aunque no sería así, si las sociedades se preparan para el desafío. (1,2,3)

En esta dirección, el informe al 54º Consejo Directivo de la OPS/OMS hace hincapié en que los gobiernos deben garantizar políticas que permitan a las personas mayores seguir participando en la sociedad y que eviten reforzar las inequidades que a menudo sustentan la mala salud en la edad avanzada. (4.5.6)

El estudio del proceso de envejecimiento debe enfrentarse tanto desde el punto de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico, como funcional. (7)

Fue Kofi Annan, Secretario General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), quien en el año 2003, por motivo del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores expresara: "El envejecimiento no es un problema sino un logro; y no es un mero asunto de seguridad social y bienestar social, sino de desarrollo y política económica en su conjunto" (8,9), de ahí que el envejecimiento de la población se considera uno de los logros más importantes de la humanidad, éste se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población.

Se ha definido, desde el punto de vista demográfico, como el aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la



población. Sin embargo, se ha considerado la importancia de definirlo también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años. (9,10,11)

El envejecimiento, a nivel del ser humano individual, es considerado como un fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coinciden edad cronológica e involución biológica. Pero no se puede olvidar que el hombre, aunque tiene muchas características similares a las de sus congéneres, es en sí mismo un ser irrepetible, de ahí que todas las personas envejecen en forma distinta, en dependencia no solo de los factores genéticos, sino también de la repercusión que sobre la persona ejercen factores tales como el trabajo, las emociones, la nutrición y otros. (4,12,13)

Otras definiciones de envejecimiento lo consideran cuando se producen las modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos y se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación ante los cambios (14,15,16), constituyendo ser entonces, un proceso multifactorial. (15,17)

El incremento de la expectativa de vida, trae aparejado cambios en los patrones de morbilidad; sobre todo se aprecian las discapacidades físicas y mentales de naturaleza creciente, que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a enfrentar en la actualidad (4,16,18,19) y dentro de ellos, la depresión, que es frecuentemente subdiagnosticada y subtratada en ancianos, porque el cuadro depresivo puede ser enmascarado por síntomas físicos o deterioro de la memoria (20,21,22), los cuales pueden determinar, como se conoce, la instauración en el tiempo, de fragilidad, discapacidad o dependencia. Este hecho hace necesaria la detección de la población vulnerable para desarrollar una atención oportuna y acciones de prevención integral; (23) siendo la depresión, uno de los retos que han de asumir los

profesionales de Atención Primaria, para su detección y diagnóstico. (16,23,36)

La depresión es el problema de salud más común en la población adulta mayor, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales; a su vez es el síndrome geriátrico más frecuente en la consulta externa de los pacientes mayores de 60 años, produce alto grado de discapacidad y representa un problema socio-familiar y de salud pública. (7,9,21,24)

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, biológicos y psicológicos. Por ejemplo, quienes se ven afectados por enfermedades físicas graves, como cáncer o enfermedades cardiovasculares, pueden sufrir depresión. Los determinantes sociales juegan también un rol importante en el aumento o disminución de la prevalencia de la depresión. De hecho, quienes se encuentran desempleados, excluidos del mercado laboral o expuestos a una mayor informalidad laboral, pueden ser más propensos a padecerla. Algo similar sucede con quienes viven en medios urbanos marginales expuestos a condiciones sociales y medioambientales deterioradas. En este sentido, la lucha contra la depresión debe ser un desafío para toda la sociedad. (25)

Entre los múltiples factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor se combinan los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor y entre los de riesgo individuales que, de acuerdo con las investigaciones científicas más actuales en concepción son esenciales en la ocurrencia de la depresión, se encuentran: presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. (26,27)

Según las Normas y Protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores del Ecuador, la depresión es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo. (28)

La situación problemática está dada por el hecho de que en otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que los factores psicosociales que más inciden en la depresión del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez, sin embargo, estas investigaciones por lo general se limitan a abordar el tratamiento psicológico de la depresión en la vejez, sin valorar la calidad de supervivencia con posterioridad a ser tratados. (26,27)

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12 % al 22 %. (29,30,31) En las Américas, hay más de 150 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales el 60 % son mujeres. Para 2020, se espera que la región tenga casi el doble que en el 2006. Actualmente, el país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá. Sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que, en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá. (4,12,18)

En promedio, la esperanza de vida en la Región, ha registrado un aumento de 21,6 años en los últimos 60 años y seguirá en ascenso en lo que resta de siglo. Ya han nacido los octogenarios de la segunda mitad de este siglo, lo que subraya la importancia de hacer inversiones sustanciales en la salud de la población a lo largo del curso de la vida. (32)

En la República del Ecuador, las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor. Según una encuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, (INEC) (33) existen 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431) predominando las mujeres (53,4 %) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. Debido al incremento de adultos mayores, el INEC del Ecuador desde el año 2010, ha realizado proyecciones a futuro, considerando que para el año 2025, la población adulta mayor se incrementará de un 6 % a un 9.3 % (34). En el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la situación de salud en las Américas y sus indicadores básicos en el año 2016, se da a conocer que el 7 % de la población ecuatoriana tiene 65 años o más. (35)

Con respecto a la depresión la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió dedicar el Día Mundial de la Salud 2017 a la depresión. Esta elección no es casual. La depresión afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, procedentes de todas las edades y condiciones sociales, además estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad. (25,36)

En personas mayores de 60 años, representa una prevalencia de entre un 15 a un 20 %, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40 % en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15 %. (22)

En el Ecuador, al igual que en otros países, existen estudios que han determinado el nivel de depresión de los adultos mayores de 65 años, oscilando éste entre el 64 y el 95 % de los pacientes estudiados. (36, 37,38)

El reto que representa el envejecimiento, ha de afrontarse a nivel macro, a través del establecimiento de políticas públicas y programas, encaminados a mitigar su efecto, a la vez que se aprovechen los elementos positivos de este

proceso (6). Para ello, la investigación pudiera aportar los aspectos esenciales para el logro del fin deseado. (8,39)

La familia como sistema, desempeña un papel importante en el proceso generador de alteración de la salud y en su proceso de rehabilitación. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Los cambios demográficos y la situación económica actuales, han propiciado, que cada día aumente el número de hogares con uno o más ancianos conviviendo con varias generaciones, lo que puede facilitar además que se depriman por diversas causas. Esta característica familiar es considerada de alto riesgo, para los procesos que influyen en el funcionamiento familiar, lo que requiere de un gran ajuste en el hogar. (2,29,40,41)

La depresión del adulto mayor no es bien conocida, ni tampoco las características y la funcionalidad de sus familias y menos aún en el centro de salud 25 de Enero de la parroquia Ximena, en el sur de Guayaquil, Ecuador. Por todo lo antes expuesto esta temática resulta interesante y necesaria. El tipo de estudio realizado fue observación de tipo descriptivo, ejecutándose en los cuatros consultorios correspondientes a dicho centro de salud durante el año 2018.

## **9. EL PROBLEMA**

### **9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

Con el comportamiento poblacional actual y el incremento de la población adulta mayor, es evidente la necesidad de abordar dicha problemática de manera interdisciplinaria. Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y esto, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas.

La depresión en personas mayores de 65 años de edad, tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en su calidad de vida. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general reservado, pues este trastorno en los adultos mayores puede presentar mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. A todo ello pueden sumársele los efectos negativos de los balances sentimentales o ajustes de cuentas consigo mismos, dejando aflorar la sumatoria de frustraciones, olvidando así sus mejores recuerdos. En muchos casos ese estado de frustración les hace agresivos con los demás, especialmente con los más jóvenes. En otros, exagera o despierta rasgos de egoísmo. Pero la vejez no es solo eso, tiene muchas cosas positivas vinculadas al presente que se vive y que no se han explotado aun en forma suficiente.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, abordarla como proceso, demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura, la dinámica y el funcionamiento familiar, en los hogares donde conviven. ya que esto, permitirá trabajar alrededor de la familia para afrontar esta situación. No hay indicadores ni estándares, que midan el problema de esta investigación, en la población de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud 25 de enero parroquia Ximena, de la ciudad de Guayaquil.

Al mostrarse las características sociodemográficas y epidemiológicas de los adultos mayores supuestamente deprimidos y las condiciones del estado de salud de las familias donde conviven, los resultados reflejarán la importancia de abarcar las dimensiones: atención médica, psicológica, funcional y social y las características, crisis y el funcionamiento de sus familias. La utilidad de los resultados constituirán aportes, al ser los primeros sobre el tema en los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero y elementos a considerar para el análisis sistemático de la situación de salud de la comunidad; fuente de información a futuro, para el diseño y realización de nuevas investigaciones; marco de referencia para proponer programas de promoción de salud y de prevención de factores de riesgo, enfermedades y otros problemas de salud en el nivel primario de atención, que propicien mayor calidad de vida y salud para los adultos mayores y sus familias, con un enfoque intercultural, interdisciplinario e intersectorial y con el apoyo de los líderes de la comunidad.

El aumento en el número de adultos mayores a nivel mundial, no exceptúa a las cooperativas 25 de Enero y Centro Cívico de la parroquia Ximena en la ciudad de Guayaquil, donde existe un número significativo de familias, que conviven, con al menos un adulto mayor, lo que determina una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad; constituyendo esta etapa evolutiva, el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice este periodo, como de un mayor riesgo, por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas, desencadenen enfermedades como la depresión. Debido a lo cual el autor se planteó realizar la investigación.

## **9.2 Formulación**

¿Qué características sociodemográficas, epidemiológicas y en el orden familiar presentan los adultos mayores deprimidos atendidos en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero en el año 2018?

## **10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **10.1 General**

Caracterizar a los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero en el año 2018

### **10.2 Específicos**

- Determinar la depresión en los adultos mayores de la población de estudio.
- Caracterizar según variables socio-demográficas a los adultos mayores deprimidos.
- Identificar los factores de riesgo de la depresión presentes en la población de estudio.
- Describir las familias de los adultos mayores deprimidos según su composición, crisis que presentan y su funcionamiento familiar.



## **11. MARCO TEÓRICO**

### **11.1 El envejecimiento.**

El envejecimiento demográfico, entendido como el incremento de la proporción de individuos en las edades avanzadas -en general 60 y más- es un proceso que comienza con la concepción y concluye con la muerte; en él se distinguen dos tipos: el individual y el poblacional. (5)

En el próximo decenio, tanto el envejecimiento poblacional como el envejecimiento individual serán factores importantes que modularán las necesidades de salud, seguridad social y protección social, así como la manera en la cual se podrán satisfacer estas necesidades. A pesar de que las consecuencias de este fenómeno para la seguridad social y la salud pública son tangibles, la Región todavía carece de una visión integral de la salud para las personas mayores. (43)

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Puede también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es difícil determinar el momento en que este se inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad, alrededor de los 30 años en el hombre. (44)

El envejecimiento sano es aquel en que se observa sólo el decremento funcional, donde ni la edad ni la enfermedad, ni factores ambientales o adversos del estilo de vida complican o acrecientan el deterioro. Esto representa una mayor reserva fisiológica y menor riesgo de enfermedad. Implica cambios prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento. (4, 44)

La Transición Demográfica, teoría surgida a la sazón del proceso de modernización generado en los países industrializados desde finales del siglo

xviii, constituye el principal referente teórico para explicar el proceso de envejecimiento por el que transita el mundo actual. Ella expone el paso en el tiempo de altos niveles de fecundidad y mortalidad a bajos o muy bajos de manera sostenida, situación que en un primer momento se dio en los países de referencia y que hoy se ha expandido a todo el planeta. (5, 45-48)

Uno de los problemas que los responsables de formular políticas enfrentan actualmente es encontrar la mejor manera de definir quiénes son las personas mayores, dado que se utilizan diversos términos para referirse a ellas como “personas de edad avanzada”, “ancianos”, “tercera edad” y, en algunas culturas, “cuarta edad”. Sin embargo, no todas las personas llegan a la “vejez” en el mismo momento y definir a las personas mayores seguirá siendo un reto porque, a pesar de que pertenecen a un grupo, son individuos con experiencias de vida, metas y necesidades únicas, y llegar a esta edad implica cambios en las capacidades, la participación social y la salud física y mental. (43)

El vocablo vejez se deriva del latín *veclus*, *vetulus*, que significa “persona de mucha edad”. En la Antigüedad, la vejez se dividió en dos apreciaciones: la primera de ellas totalmente negativa, representada por Aristóteles, que planteaba que la senectud es sinónimo de deterioro y ruina, y Séneca afirmó que la vejez es una enfermedad incurable. La apreciación optimista de Platón y Cicerón, planteaba que esta traía consigo el dominio de las pasiones y sería respetado en tanto el anciano mantuviera su autoridad y el respeto sobre los suyos. (6)

Algunas personas asocian la vejez a enfermedad y muerte social y esto engendra en algunos adultos mayores más preocupación por el tratamiento médico que por los cuidados de su salud y sin percatarse de ello, se van sometiendo al autoritarismo de la familia y del personal de salud para aferrarse a la vida y alejar la muerte. Otros, en cambio, se dejan arrastrar por el pesimismo, caracterizado por el desinterés por la alimentación, que los lleva a la desnutrición y la deshidratación; y el sedentarismo, que los conduce a la inmovilidad hasta llegar a la postración y, al fin, la muerte temida; pero

ya deseada. El envejecimiento, aunque no equivale a enfermedad, suele acompañarse de un incremento de la carga de enfermedades crónicas, las que a su vez contribuyen considerablemente a la carga de discapacidad por enfermedad, lo que deteriora su estado funcional y la calidad de vida del adulto mayor, limitando a su vez la independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana y su participación en la vida familiar y social. (7,12)

La vejez es una construcción socio-antropológica. Los distintos grupos de edades en que se distribuyen los periodos del ciclo vital no son compartimentos estancos que han permanecido inamovibles a lo largo de la historia, en las diversas civilizaciones y culturas. Por el contrario, han sido objeto de una gran elasticidad, rodeándose de atribuciones y segmentos, conforme a las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y de cada momento. Cada periodo histórico ha tenido para cada periodo de edad una significación y unas exigencias determinadas. (12)

Las Naciones Unidas considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años en los países en vías de desarrollo y mayores de 65 años en países desarrollados. Además, según la OMS una persona es considerada "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular. (49)

### **11.2 Depresión.**

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. (22)

El CEI-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión

leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (50,51,52)

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio. (24)

### **11.2.1 Factores de riesgo para la depresión.**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados en los ancianos. Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. (53)

El reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos por parte del médico de familia permite realizar el tratamiento adecuado oportunamente y de esta manera mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia de los ancianos.

Entre los factores asociados a la depresión se encuentra: factores genéticos, psicológicos y sociales. De estos, los psicosociales son los de mayor fuerza de asociación y se evalúan a través de las siguientes variables: género, tipología familiar, bajo apoyo social (cuando no se recibe ayuda de familiares. Amigos o instituciones ante situaciones adversas), inactividad física (cuando se

realiza menos de 150 minutos de actividad física a la semana), pluripatología (padecer 2 o más enfermedades crónicas de manera simultánea), polifarmacia (cuando se usan 3 o más medicamentos incluyendo los medicamentos de origen natural), dependencia económica (aquel que no aporta económicamente a la familia y depende de ella para satisfacer sus necesidades básicas ), económicamente no productivo (aquel que ya no trabaja), pérdidas afectivas (pérdida de un familiar y/o un ser querido , durante el último año), soledad ( condición de aislamiento físico y falta de relaciones interpersonales), asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil.(4,53)

Existen evidencias de la utilidad de encuestas en la detección oportuna de la población con riesgo de presentar depresión, así como para evaluar los posibles riesgos asociados. En los adultos mayores la escala más adecuada es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink, ya que brinda una sensibilidad de 85% y una especificidad de 95%. Es la única construida específicamente para adultos mayores, ninguno de los ítems que incluye son somáticos. Por los que uno de los problemas para evaluar la depresión, es decir la confusión con síntomas somáticos propios en personas de este grupo de edad está solucionado. Contar con información sobre factores de riesgo asociados a la depresión, permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito la salud pública. (54)

La depresión puede ser enmascarada y muchos tienen la dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es suficiente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento. El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole

orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas. La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de la memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza. A menudo se da la presencia de concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más el diagnóstico de depresión. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión, así como la sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarla sólo con neurolepticos, además es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio. (53)

### **11.3 La familia**

Etimológicamente el término familia proviene del latín famulus, (que significa hambre, haciendo alusión al grupo de personas que se alimentaban juntas en una misma casa y a quienes su jefe o gens estaba obligado a alimentarlos) derivado de famulus, en referencia al grupo de siervos y esclavos, procedente de osco (personas de uno de los antiguos pueblos de Italia central) que eran patrimonio de ese jefe o gens. Familia era el organismo social, cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, los hijos y esclavos, con la patria potestad, con el derecho de vida y muerte sobre todos y la transmisión por testamento. (2,31) Desde una visión religiosa la familia se encuentra constituida por la trinidad (Padre, Hijo y Espíritu Santo), comprendiendo que una sola de ellas no podría dar a entender la imagen de Dios. De la misma forma la familia terrenal establecida por una fuerza divina, se constituye en el momento que “el hombre dejará a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer y serán una sola carne”. (Génesis 2:24) (entendida ésta como el estado de variación del

funcionamiento familiar) (31) Desde el punto de vista filosófico la familia es una categoría histórica, su vida y forma concreta de organización está condicionada por el régimen económico social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto. (2)

Muchos son los conceptos de familia, uno de los más valorados es, que se considera el grupo de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentado hasta el cuarto grado de consanguinidad y seguido de afinidad. Igualmente, el concepto de hogar o núcleo censal, hace referencia a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco, que tienen un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, ocupando una vivienda o parte de ella. (2)

La familia es el grupo natural del ser humano. Es único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. (2,55)

Otra definición de familia que se ha tornado algo clásica es la que cita Valbuena Vanegas (42), precisando que la familia es “la célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social”. Es tal, la complejidad de establecer un concepto de familia que en el Diccionario de la Real Academia Española (56), se tiende a no complicarse demasiado, considerando a la familia como un grupo de personas relacionadas entre sí, y que viven juntas. Una definición muy concreta pero que todavía deja algunas ambigüedades, pues no explica un componente afectivo-relacional como es el tema de la cohesión afectiva. Sin embargo, la concepción de familia en el siglo XXI ya no es la misma que la de antaño, así por ejemplo citas de Robles y Di Leso (57) conciben a la familia desde el Derecho como: “conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión intersexual, la procreación y el parentesco”, definición que se torna algo

caduca en la actualidad, puesto que, no considera a la familia como una entidad capaz de aceptar o adoptar a otros individuos, así como la familia conformada por la unión de sujetos de un mismo sexo.

La Doctora en Ciencias Psicológicas, Patricia Arés Muzio, citada por Ramos Rangel y González Valdés (58), señala que en el presente estamos ante el fenómeno de la diversidad y complejidad familiar, donde lo que podemos estudiar y evaluar son formas muy variadas y cambiantes de relaciones interpersonales en torno a tres ejes de vinculación: afinidad o afecto, consanguinidad, convivencia. Esta misma autora considera que, familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis que son importantes a la hora de definirla: consanguinidad, convivencia y afectividad. (59)

La doctora Louro Bernal (41), ratifica que es la célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica.

Brullet Tenas, citado por Barrera indica que "los procesos de cambio que estamos experimentando en nuestra sociedad afectan, a ritmos e intensidades diferentes, a todas las instituciones sociales (incluyendo) las familias" y, en concordancia con Acevedo Quiroz afirma que, en los tiempos modernos, la familia es la que ha sufrido más los cambios de la sociedad. (60)

El concepto de familia ha variado según el paso de los tiempos. La sociedad sufre cambios al igual que la familia, debido a este proceso de cambio han ido apareciendo tipos de familia que desbordan las definiciones tradicionales. Según Carbonell, citado por Oliva Gómez y Villa Guardiola, "la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros". (61)



La diversidad de acepciones sobre familia, halladas en la bibliografía consultada, se encuentra en comunión con los cambios ocurridos en esta institución a partir de las transformaciones de las diferentes sociedades.

El concepto de familia, desde una perspectiva muy general, según Cano y Casado, se refiere a un conjunto de personas unidas por lazos de herencia genética, consanguinidad, afectos, cuidado, apoyo y vivencias compartidas que, bajo la custodia de unos padres, se constituye en el eje generatriz de la sociedad, cuyo rol trascendental supera la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes, centrando su atención en la transmisión de una educación fundamentada en valores educativos y culturales. (62)

Giannotti y cols., citado por García, define a la familia como un sistema gobernado por reglas, con las cuales los miembros se comportan de manera repetitiva y organizada, es decir, todos siguen un rol dentro de la dinámica familiar. (63)

Entre las múltiples formas de aproximarse al estudio de la familia es posible referirse a ella como lo hacen investigadores cubanos. En este sentido, en su Manual de evaluación y orientación para la salud familiar, el Grupo Asesor Metodológico para los Estudios de la Familia (GAMEF) la definen como: "Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, que cumple funciones reproductivas, económicas, educativas, afectivas y de socialización para el desarrollo biospiciosocial del ser humano". (64)

Clavijo Portieles, también citado por Ramos Rangel y González Valdés, define a la familia como el conjunto de personas vinculadas por lazos estables de tipo consanguíneo, maritales, afectivos, socioculturales, económicos, contractuales y de convivencia, al objeto de satisfacer necesidades al grupo y cumplir con las funciones que le vienen encomendadas a través del devenir histórico- social. Es un sistema de intersatisfacción mutua de necesidades humanas, materiales y espirituales, que permite la reproducción biológica de la especie, la reproducción de la cultura de la cual ella misma es expresión y

la reproducción del sistema de relaciones económicas y sociales de la comunidad en que vive y para convivir adaptativamente en la cual, debe preparar a sus miembros. (58)

Por otra parte, desde el punto de vista psicológico Ares Muzio plantea que, la familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (65)

#### **11.4 Mirada del adulto mayor hacia su familia.**

Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar. Ella representa su posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. La misma juega un papel fundamental a partir de que le corresponde tributar en su rol de apoyo a la satisfacción de las nuevas necesidades que surgen (necesidad de comunicación y necesidad de trascender o legar al otro) y al afrontamiento de las situaciones que se vivencian, como el cese de las actividades habituales por acceso a la jubilación, la independencia de los hijos o la pérdida de familiares, amigos, o cónyuges. (66)

En la mirada del adulto mayor hacia su familia confluyen las influencias sociales sobre esta edad, la familia como grupo humano y el propio desarrollo como individuo que ha llegado a esta etapa de la vida. Como una sociedad que envejece a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida de este grupo de edades, constituye un reto inmediato de las políticas sociales cubanas, lo cual supone que la vejez transcurra con un óptimo de satisfacción, funcionalidad y bienestar. El trabajo en y con la familia constituye un instrumento privilegiado e imprescindible en la atención geriátrica, sin dejar al margen el contexto social en que se desarrolla el adulto mayor. (66)

## **11.5 Estructura y funcionamiento familiar**

La composición de la unidad familiar permite la clasificación de la familia, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar, los criterios de clasificación estructural están dados, por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia.

- Familia grande: conformada por más de 6 miembros.
- Familia mediana: integrada entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: formada de 1 a 3 años

Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el per cápita familiar. Para el análisis de la situación de salud, su valor dependerá de otras características estructurales, de la edad y la condición de salud que posean los miembros de la familia, ente otros aspectos. (41)

Según su ontogénesis, la familia se clasifica en:

- Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

Según el número de generaciones se denomina familia multigeneracional, a aquella en la cual conviven más de dos generaciones, como por ejemplo trigeneracional y cuatrigeneracional, si lo solo conviven dos generaciones, se considera, bigeneracional. (41,64)

La clasificación de la familia, según su estructura, es útil para describir su composición en un momento determinado de su desarrollo y en determinadas condiciones de convivencia. También, para caracterizar la familia de una comunidad, un territorio y un país en términos de tamaño y

convivencia generacional.

La familia nuclear típica estaría representada por la pareja con un hijo o más y en dependencia del número de hijos puede variar su tamaño, desde pequeña con un solo hijo hasta grande, si tiene cinco hijos.

Son todos los individuos que viven bajo el mismo techo, y comparten los mismos recursos y servicios, tengan vínculos parentales o no. Según este criterio, lo importante no es el vínculo parental o sanguíneo sino la convivencia y la interacción que se produce, al tener que usar los mismos recursos y servicios, así como el hábitat en común. Para otros, familia nuclear es solamente la madre, el padre y los hijos. En este caso, el criterio que prima es el vínculo de parentesco y la consiguiente relación afectiva, positiva o negativa, que se establece.

El término familia extensa también alude a los padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen que toda persona tiene, aunque se viva en una familia de estructura típica nuclear. Son los abuelos, tíos, primos y demás familiares, independientemente del lugar de residencia. (41)

Es muy importante determinar si la familia nuclear vive independiente o convive con parte de la familia extensa, ya que esto casi siempre tiene implicaciones en la dinámica. Es frecuente encontrar familias en las cuales conviven tres o cuatro generaciones en la misma vivienda, lo cual crea serias complicaciones de funcionamiento.

La familia extensa pudiera ser pequeña si conviven en el hogar tres personas: abuelo(a), hijo(a) y nieto(a). No todas las familias, tanto nucleares como extensas, están representadas con los dos padres. Si la pareja sufrió muerte, divorcio o separación de uno de los dos cónyuges y es nuclear, se denomina familia monoparental.

Si falta un miembro de una generación, ya la familia tiene carácter de incompleta. Se denomina completa cuando están representados en el subsistema conyugal ambos cónyuges. Si existe matrimonio nuevo, se

denomina familia reconstruida o reconstituida, o de segundas o terceras nupcias.

La familia ampliada la conforman todas aquellas personas que, sin tener vínculos de parentesco, tienen participación en la vida familiar: vecinos, compañeros de trabajo y amigos. Se ve con frecuencia que estos factores ejercen una influencia extraordinaria en las decisiones familiares y en la solución o creación de problemas. Si se desconoce esta posibilidad, se está perdiendo la oportunidad de saber el origen del conflicto o de utilizar este recurso, a veces beneficioso. (41)

Las crisis familiares, son la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan y que producen desorganización en el seno familiar, se clasifican en dos grandes grupos:

-Crisis transitorias o normativas: incluye momentos como el matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo una institución infantil escolar, hijo adolescente, jubilación, envejecimiento y muerte del primer cónyuge.

-Crisis no transitorias o paranormativas derivadas del enfrentamiento con acontecimientos accidentales o situacionales, pueden clasificarse según la estabilidad, incremento de miembros o desmembramiento.

Las crisis paranormativas también pueden clasificarse por el efecto que causan en la dinámica familiar y en la subjetividad individual en crisis de desmoralización: se refiere a la vivencia de acontecimientos relacionados con los valores éticos y morales de la familia, y la transgresión de estos por alguno de sus miembros y crisis de desorganización: se refiere a la crisis que se genera a partir de que se presente en un miembro una condición de enfermedad grave, discapacidad e invalidez, el sufrimiento de un accidente y la infertilidad. (41,64)

La funcionabilidad de la familia no es solo el cumplimiento de las funciones

familiares, sino el proceso resultante del conjunto de interacciones entre los parientes, o sea, se refiere a la condición que describe la síntesis de las relaciones internas, intrafamiliar. Se reconoce que estas relaciones no están aisladas de las relaciones extrafamiliares, sino que, por el contrario, están íntimamente conectadas entre sí. Se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. El enfoque sistémico de la familia considera que el funcionamiento familiar depende de la dinámica relacional sistémica, que se produce en el proceso interactivo entre sus miembros. (41,64)

La funcionabilidad de la familia se refiere a la característica relativamente estable de relacionarse el grupo de forma interna. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se estable en el interior de cada familia y que le dan identidad propia. El enfoque sistémico de la familia considera que el funcionamiento familiar depende de la dinámica relacional sistémica, que se produce en el proceso interactivo entre sus miembros

La familia cumple importantes funciones para la sociedad y para el propio individuo, las cuales para su comprensión pueden separarse, pero que en la realidad se dan de forma conjunta. El concepto de funciones comprende las actividades que de forma cotidiana realiza la familia, las relaciones sociales que establecen en la realización de estas actividades, intrafamiliares y extrafamiliares, y los efectos producidos por ambas. Las funciones familiares no pueden analizarse como si fuesen diferentes para la familia y para la sociedad, porque las funciones que ella cumple en relación con la sociedad global se realizan al mismo tiempo que desarrolla sus vínculos con el entorno inmediato o, la comunidad, y en los procesos y relaciones intrafamiliares. (41,64)

Las tres grandes funciones de la familia son: afectiva, económica y educativa, estas funciones le permiten alcanzar los objetivos que le corresponden como institución social. Las más importantes son las siguientes:

- Cumplimiento de necesidades básicas de subsistencia y convivencia familiar.
- Satisfacción de necesidades afectivas y red de apoyo social.
- Contribución a la formación y el desarrollo de la personalidad individual.
- Formación de valores éticos, morales y de conducta social.
- Transmisión de experiencia histórico-social y de los valores de la cultura.
- Reproducir sus miembros para la conservación de la especie

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia, se produce en forma sistemática y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. La evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones internas de la familia puede medirse a través de la aplicación de la prueba FF-SIL. Las relaciones internas o categorías a evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y para la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- Adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. (67)

### **11.6 Bases legales.**

En la V Cumbre de las Américas, la Declaración de Puerto España, Trinidad y Tobago, en el año 2009: las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a: “Continuar trabajando para incorporar los temas de la vejez en las agendas de política pública y a promover, en el marco regional y con el apoyo de la OPS y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de Naciones Unidas, (ONU) un examen sobre la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas mayores”.

El apoyo a este proceso fue reiterado al más alto nivel en la VI Cumbre de las Américas donde las y los Jefes de Estado y de Gobierno reafirmaron su compromiso de: “Avanzar en el fortalecimiento de la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, mediante la promoción de políticas públicas, programas y servicios, salvaguardando así su dignidad, su bienestar físico, mental, social y su calidad de vida, teniendo en cuenta los esfuerzos que se están llevando a cabo en el ámbito interamericano en la elaboración de un instrumento jurídicamente vinculante para proteger los derechos de las personas mayores y la consideración del tema en el ámbito internacional”. (68)

El 1ro de octubre de cada año se conmemora el "Día Internacional de las Personas de Edad". Esta efeméride fue designada el 14 de diciembre de 1990 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), en su resolución 45/106, en seguimiento a iniciativas tales como el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, aprobado por la Asamblea



Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en 1982 y respaldado, el mismo año, por la Asamblea General de ONU. En el año 2017 (69, 70), el tema seleccionado para conmemorar la fecha es "Entrando en el futuro: Aprovechar el talento, la contribución y la participación de los mayores" y hace referencia a la necesidad de posibilitar y aumentar la contribución de las personas mayores en sus familias, comunidades y sociedades, a través de vías efectivas que garanticen su participación, teniendo en cuenta sus derechos y preferencias.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos no incluye ninguna disposición específica con respecto a las personas mayores. De hecho, cuando los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto sobre Derechos Civiles y Políticos, señalan ejemplos de causa de discriminación, no mencionan la edad. (12)

En 1982, la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, primer instrumento de política, a nivel mundial, para enfocar las consecuencias y el impacto del envejecimiento en la vida de las personas y de las sociedades. El Plan establece 62 recomendaciones para adoptar medidas que incorporen el envejecimiento en los planes y programas nacionales e internacionales de desarrollo. Sin embargo, no fue hasta 1991 que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los principios en favor de las personas de edad, exhortando a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales. (12)

Dos instrumentos internacionales de política han guiado la acción sobre el envejecimiento desde 2002: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud. Estos documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos. Celebran el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes

para el desarrollo futuro. (4)

En la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015, (71) en el capítulo II, sobre: Principios generales, en su Artículo 3, quedaron definidos los principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor
- d) La igualdad y no discriminación
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad
- f) El bienestar y cuidado
- g) La seguridad física, económica y social
- h) La autorrealización
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria
- k) El buen trato y la atención preferencial
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural

n) La protección judicial efectiva

o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna

En junio del 2016, la Organización de los Estados Americanos, (OEA) con el apoyo técnico de la OPS y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. En estos documentos, enmarcados en el contexto internacional de la salud y el envejecimiento, se ha señalado la necesidad de abordar la atención de las personas mayores desde un enfoque innovador. Sin embargo, la mayoría de los países de la Región todavía no cuentan con un enfoque holístico para abordar la transición demográfica y no han adoptado un enfoque integrado en la atención que se presta a las personas mayores. El reto que genera este cambio se está observando de manera fragmentada, y se está abordando desde el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia en la atención, o el impacto que estos problemas tendrán en el uso de servicios de salud, la medicación y la atención a largo plazo. Por lo tanto, será necesario seguir elaborando un enfoque integrado y trabajando en medidas integrales de salud pública a fin de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades a través de la cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros”. (43)

La Constitución de la República del Ecuador (72), expresa en su artículo 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.”. El artículo 37, considera que: “el Estado garantizará a las personas adultas mayores, entre otros, el derecho a:

1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”

El artículo 38 de la carta magna, expresa que: “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.
6. Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad física y mental”. (72)

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección. La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y

permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad. En ella se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además, se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social. (MIES) El Reglamento que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores. (73)

La profesora Amaro Cano, considera que en el campo de la ética familiar y personal queda mucho por hacer, especialmente en lo concerniente a la educación de las familias, para el correcto tratamiento a sus miembros que arriban a la tercera edad, en el que debe imperar el respeto en la relación intergeneracional, para lo cual deberá promoverse la formación de valores desde la niñez, enfatizando en la adolescencia y juventud. Con estos últimos deberá promoverse la reflexión acerca del valor que significa que una sociedad cuente con personas adultas mayores, que acumulan saberes y experiencias que desean compartir con los jóvenes, por lo que merecen reconocimiento y, sobre todo, amor. (12)

Por su parte, la Directora de la OMS, en el Prefacio al Resumen del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, ha llamado la atención de que los temas explorados varían desde estrategias para prestar a las poblaciones de edad servicios integrales y centrados en la persona hasta políticas que permitan a los adultos mayores vivir cómodos y seguros y formas de corregir los problemas y las injusticias inherentes a los sistemas actuales, tendiendo a la atención a largo plazo. (74)

La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho de las personas a casarse y fundar una familia. En el artículo 16, numeral 3, la Declaración consagra que “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

Este mismo instrumento internacional, en su artículo 23, numeral 3 prescribe que “Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social”. Por su parte, el artículo 25 de este documento preceptúa que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. (75)

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución A/RES/47/237, del 20 de septiembre de 1993, instituyó el 15 de mayo como Día Internacional de la Familia, como una forma de significar la importancia de este grupo social y el cumplimiento de sus funciones. (75)

Una definición de familia desde el ordenamiento jurídico, lo establece el nuevo Código Integral Penal del Ecuador del año 2014 en su párrafo primero, artículo 155, en el que alude: ...“se consideran miembros del núcleo la familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación”. (76)

En el Ecuador, la Constitución de Montecristi (constitución vigente) partiendo de la base de que el Derecho tiene que garantizar la seguridad jurídica de la familia y de sus miembros, en su artículo 67 dice: “Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El Estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. Dice además que el matrimonio es la unión entre hombre y mujer, se fundará en el libre consentimiento de las personas contrayentes y

en la igualdad de sus derechos, obligaciones y capacidad legal”. (75,77)

No obstante, en este país suramericano, (Ecuador) la legislación de familia se halla dispersa en múltiples cuerpos legales. Los artículos 8,9,20,22,23,33,96,97,98,99,101,102 del Código de la Niñez y Adolescencia se refieren a la familia. Los códigos, sustantivo y adjetivo civil, también contienen instituciones, derechos y obligaciones sobre familia. Al no existir un Código de la Familia y para poder constituirlo, se considera que, se debe extraer de esa legislación dispersa todo lo relacionado con la familia. (75)

El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador, basa la transformación sanitaria de la última década en lo legislado (78), a partir del año 2008 en el país, cuando el Ecuador reconoció en su Constitución el derecho a la salud con una visión sistémica, vinculándolo con el ejercicio de otros derechos. La Carta Magna del 2008 establece al Estado como garante del derecho a la salud a través de la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar acceso a servicios de promoción y atención integral bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (72). De este modo, el mandato constitucional determina la necesidad de iniciar el proceso de reforma y define el ámbito en el cual se conduciría dicho proceso para lograr que el Estado cumpla con las nuevas obligaciones establecidas en la Constitución.

Ello requirió en primer lugar de la construcción de un nuevo modelo de atención ya no centrado en la enfermedad o en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con una perspectiva de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (79) se constituyó en un eje orientador de la reforma del sector y en un pilar de la reorganización institucional del sistema público de salud.

La Constitución Ecuatoriana (72), en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas;

niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; entre otros, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

Según el MAIS (79), la familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables. El equipo de salud tiene la responsabilidad de identificar necesidades y articular intervenciones intersectoriales frente a riesgos y problemas que rebasan las posibilidades de intervención desde los servicios de salud.



## **12. MÉTODOS**

### **12.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio en la población de adultos mayores de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, pertenecientes al centro de salud 25 de Enero, en el período comprendido de enero a julio del 2018, de nivel investigativo descriptivo por ser univariado una variable de interés y las variables de caracterización, observacional ya que no existió intervención del investigador, y porque los datos reflejan la evolución natural de los diferentes eventos investigados, de corte transversal, porque se realizó una sola medición de las variables en estudio y prospectivo dado que los datos son recogidos por el investigador luego de planificar el estudio.

### **12.2 Diseño de la investigación**

#### ***12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio***

La población estudiada fueron 96 adultos mayores pertenecientes a los consultorios 1, 2, 3 y 4, del centro de salud 25 de Enero, atendidos por posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, de la ciudad de Guayaquil.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores que dieron su consentimiento para participar en la investigación

Criterios de exclusión:

Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo o discapacidad mental.

Adultos mayores que no estén presentes en su domicilio por dos ocasiones.

#### ***12.2.2 Procedimiento de recolección de la información***

Los datos fueron recogidos a través de la actualización de las historias clínicas

individuales de cada uno de los adultos mayores, y de las fichas familiares.

Para dar respuesta al objetivo específico número uno y determinar la depresión en los adultos mayores de la población de estudio, se aplicó la escala para evaluar la depresión en el adulto mayor de 15 ítems, (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage) (Anexo 2) (51,52, 78-81)

Para dar respuesta al objetivo específico número dos y caracterizar a los adultos mayores deprimidos, según variables sociodemográficas, se aplicó a los mismos, un cuestionario, (Anexo 3) elaborado por el autor de la investigación, el cual se realizó durante las visitas domiciliarias a los hogares de los ancianos.

Para dar respuesta al objetivo específico número tres e identificar los factores de riesgo de la depresión presentes en la población de estudio, dichos factores se definieron de la siguiente forma: Económicamente no productivo: Aquel que ya no trabajaba; Dependencia económica: Aquel que no aporta económicamente a la familia y depende de ella para satisfacer sus necesidades básicas; Pluripatología: Padecer 2 o más enfermedades o problemas de salud, de manera simultáneas, crónicas e incurables; Polifarmacia: Cuando se usan 3 o más medicamentos recetados en cualquier momento, incluyendo los medicamentos de origen natural; Inactividad física: Cuando se realiza menos de 150 minutos de actividad física por semana; Pérdidas afectivas: Pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, durante el último año; Bajo apoyo social: Cuando no se recibe ayuda de familiares, amigos o instituciones ante situaciones adversas; Soledad: Condición de aislamiento físico, falta de relaciones interpersonales y una experiencia nada placentera para las personas que la experimentan, igualmente se utilizó el cuestionario, elaborado por el autor de la investigación. (Anexo 3)

Para dar respuesta al objetivo específico número cuatro, que consistió en describir las familias de los adultos mayores deprimidos, teniendo en cuenta su composición o estructura (según su ontogénesis, tamaño y número de

generaciones) así como las crisis transitorias y no transitorias que presentasen, el trabajo se realizó durante las propias visitas domiciliarias al realizar la actualización de los datos de las fichas familiares correspondientes, realizando el completamiento en el cuestionario; (Anexo 3) utilizándose los criterios de clasificación de Louro Bernal I. y colaboradores. (4) Para caracterizar el funcionamiento familiar, y sus categorías, en los hogares con presencia de adultos mayores, se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar, (FF-SIL) (Anexo 4) valorándose el funcionamiento familiar, según el criterio de los propios adultos mayores y en donde convivían dos adultos mayores, según criterio del jefe de hogar. Las relaciones internas o categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran. (41,64) Cuando las sumatorias de las dos respuestas vinculadas a la categoría correspondiente dieron un rango entre dos a cuatro, cinco a siete o de ocho a diez, se consideró baja, media y alta respectivamente.

Toda la información se obtuvo de forma confidencial y previa información y solicitud a los adultos mayores de participar en el estudio, a través del consentimiento informado, firmado por los mismos. (Anexo 1) Además este estudio cumplió las normas éticas y siguió las recomendaciones de la declaración de Helsinki, así como la aprobación del comité de ética de investigaciones en seres humanos.

Los cuestionarios elaborados por el autor, fueron validados por dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y una especialista de Bioestadística.

### **12.2.3 Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Depresión	Psicometría (Escala de depresión Geriátrica de Yesavage)
Edad	Encuesta (Cuestionario)
Sexo	Encuesta (Cuestionario)
Situación laboral	Encuesta (Cuestionario)
Estado civil	Encuesta (Cuestionario)
Escolaridad	Encuesta (Cuestionario)
Autoidentificación étnica	Encuesta (Cuestionario)
Factores de riesgo para depresión	Encuesta (Cuestionario)
Tipo de familia	Documental (Ficha familiar)
Crisis familiares normativas	Documental (Ficha familiar)
Crisis familiares paranormativas	Documental (Ficha familiar)
Funcionamiento familiar	Psicometría (Test de funcionamiento Familiar)
Relaciones internas del funcionamiento familiar	Psicometría (Test de funcionamiento Familiar)

### **12.2.4 Técnicas de análisis estadístico**

El análisis estadístico de la información se realizó, a través de la obtención del valor absoluto y porcentual para variables categóricas y utilizando medidas de resumen para variables numéricas como promedio y desviación estándar. La entrada de los datos es en el programa Microsoft Office Excel 2007, donde se colocaron las variables en las columnas y las unidades de estudio en las filas, codificándose las categorías que fueron transportadas al programa SPSS versión 22, procesados y presentados en tablas y gráficos.

## 12.3 Variables

### 12.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo/Escala
Depresión	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage.	Normal, depresión leve, depresión severa.	Categórica ordinal politómica
Edad	Años cumplidos en grupos quinquenales	65-69 70-74 75-79 80-84 85 y más	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Situación laboral	Actividad laboral que desempeña	Activo (a), Jubilado (a) Ama de casa	Categórica nominal politómica
Estado civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero (a), casado (a), viudo (a), divorciado (a)	Categórica nominal politómica
Escolaridad	Ultimo nivel escolar aprobado	Sin instrucción, primaria, secundaria, bachiller, superior	Categórica ordinal politómica
Autoidentificación étnica	Según su identificación étnica	Indígena, Afro-ecuatoriano, Negro, Mulato, Montubio, Mestizo, Blanco	Categórica nominal politómica
Factores de riesgo para depresión	Sexo femenino. Económicamente no productivo. Dependencia económica. Pluripatología. Polifarmacia. Inactividad física. Perdidas afectivas. Bajo apoyo social. Soledad.	Presente No presente	Categórica nominal dicotómica

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Tipo de familia	Según ontogénesis, número de integrantes y número de generaciones	Nuclear, extensa, ampliada Pequeña, mediana, grande unigeneracional, bigeneracional, trigeneracional	Catagórica ordinal politómica
Crisis familiares normativas	Según ciclo vital en que se encuentre la familia	Presente No presente	Catagórica nominal dicotómica
Crisis familiares Paranormativas	Desmembramiento. Desmoralización. Desorganización. Incremento.	Presente No presente	Catagórica nominal dicotómica
Funcionamiento familiar	Test del Funcionamiento Familiar FF-SIL	Funcional, Moderadamente funcional, Disfuncional, Severamente disfuncional	Catagórica ordinal politómica
Relaciones internas del funcionamiento familiar	2-4 5-7 8-10	Baja Media Alta	Catagórica ordinal politómica

### 13. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1, determina la depresión en los adultos mayores correspondiendo al primer objetivo del estudio.

**Tabla N.1 : Distribución de los adultos mayores según presencia de depresión de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	Total	
	N°	%
Normal	29	30,2
Depresión leve	56	58,3
Depresión severa	11	11,5
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100,0</b>

} **67 (69,8 %)**

Fuente: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

Al aplicársele a los 96 adultos mayores, pertenecientes a los cuatros consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero, parroquia Ximena, de la ciudad de Guayaquil, en el Ecuador, la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15). 67 adultos mayores (69,8 %) presentaron algún tipo de depresión (leve 56, para un 58,3% y severa 11, para un 11,5 %) y 29 adultos mayores no presentaron depresión, (30,2%). (Tabla 1)

Rodríguez Blanco y coautores (24), en un estudio realizado en el policlínico "Cristóbal Labra", sobre el Comportamiento de la depresión en el adulto mayor, pudieron diagnosticar como deprimidos, al 25 % de los ancianos remitidos a consulta resultado, aunque inferior al nuestro, igualmente significativo.

En un estudio de Prevalencia de la depresión en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Medellín, Colombia, de las 52 personas mayores de 65 años participantes en el mismo, se encontró que el 65% no presentaba cuadro depresivo alguno; el 25% tenía una depresión leve y el 10%

restante presentaba depresión severa. Este último dato es similar al obtenido por el autor de este trabajo. (85)

Vila Mafare, (86) en su Tesis, Nivel de depresión en adultos mayores del asilo de ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas, en el Ecuador, obtuvo después de aplicar como instrumento, la escala Depresiva Geriátrica de Yesavage a 36 adultos mayores, que el 45 % de adultos mayores presentaban depresión establecida, un 41 % problemas depresivos y el restante 14 % no presentaba depresión.

Mientras que Licas Torres (51), también en una Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería, nombrada, “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”, obtuvo como resultados que 58 % de los AM, tenían un nivel de depresión leve, y el 19 % poseían un nivel de depresión severo, resultados que también se acercan a los del presente trabajo.

En otro estudio realizado en la Parroquia La Asunción, Girón, zona rural de Azuay, en el Ecuador, para determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores se encontró una prevalencia de depresión del 59,9 %, considerada alta. (87)

Las tablas de las 2 a la 6, resumen las variables sociodemográficas correspondientes al segundo objetivo del estudio.



**Tabla N. 2. Distribución de los adultos mayores deprimidos según edad y sexo de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Grupos de edades en años	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>65 a 69</b>	15	22,4	17	25,4	32	47,8
<b>70 a 74</b>	9	13,4	8	11,9	17	25,4
<b>75 a 79</b>	6	9,0	7	10,4	13	19,4
<b>80 a 84</b>	1	1,5	2	3,0	3	4,5
<b>85 y más</b>	1	1,5	1	1,5	2	3,0
<b>Total</b>	32	47,8	35	52,2	67	100,0

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2, se observa que, en el estudio, entre los adultos mayores que presentaban depresión, predominó el sexo femenino. (35, para un 52,2 %) Los grupos de edades más numerosos, fueron el de 65 a 69 años, con el 47,8 %, predominando también el sexo femenino, seguido del de 70 a 74 con el 25,4 %. Solo el 3,0 % de los adultos mayores deprimidos estudiados, tenían 85 o más años de edad.

La edad y el sexo son dos variables importantes para estudiar la depresión en el adulto mayor. La mayoría de las investigaciones reflejan que la depresión está mayoritariamente presente en las mujeres. (4, 26, 85, 87,88)

Algunos autores han determinado que, respecto al sexo, el más frecuente, entre los ancianos deprimidos, es el masculino. (89)

Con relación a la edad, los resultados son diversos, en dos estudios realizados en Colombia, uno en Medellín, y otro en Bogotá, predominan los AM que tenían entre 71 y 76 años y 70 y 79 años respectivamente. (85,90)

Mientras que en el estudio realizado en el policlínico "Cristóbal Labra", en Cuba, también predominaron los que tenían 70 y 79 años (24) y el realizado en el Policlínico Docente "Felipe Poey", área de salud de Nueva Paz, Cuba,

predominó el grupo de 75 a 79 años como el de mayor incidencia. (26)

Sims Rodríguez y coautores (89), encontraron en su trabajo, Intervención psicológica en adultos mayores con depresión, que predominó el grupo de 60 a 69 años y Licas Torres (51) el de 65 a 69 años.

En un estudio realizado por Saavedra-González (91), en Tamaulipas, México, en el año 2016, predominó el sexo femenino y una edad promedio de 70,2 años. Mientras que, en los resultados de una tesis, para obtener el título de enfermera en la ciudad de Cartagena, hubo predominio del sexo femenino y la edad promedio era de 79 años. (92)

Huacón Castro (93), en su tesis de especialista, observó predominio del sexo femenino (56, 06 %) y del grupo de edades de 65 a 74 años (60, 60 %), seguido del de 75 a 84 años de edad. (27,27 %)

**Tabla N. 3. Distribución de los adultos mayores deprimidos según situación laboral de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

<b>Situación Laboral</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Jubilado(a)</b>	23	34,3	13	19,4	36	53,7
<b>Ama de casa</b>	0	0,0	20	29,9	20	29,9
<b>Activo(a)</b>	9	13,4	2	3,0	11	16,4
<b>Total</b>	32	47,8	35	52,2	67	100,0

Fuente: Cuestionario

En la tabla 3, se describe la situación laboral de los adultos mayores deprimidos, predominando con un 53,7 % (34,3 masculinos y 19,4 femeninas) los jubilados, seguidos de las amas de casa con el 29,9 % lo que parece corresponderse con el predominio por sexo femenino, entre los estudiados. Apenas el 16,4 % se encontraba activos laboralmente.

Esta situación se confirma en el trabajo, Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina, donde la presencia de depresión geriátrica se asoció significativamente con los que no trabajaban. (88)

En la investigación realizada en Pascuales, predominaron las amas de casa, seguidas de los jubilados y apenas el 18,20 % de los AM, se encontraban activos laboralmente. (93)

Estos datos coinciden con los obtenidos por el autor.

**Tabla N. 4. Distribución de los adultos mayores deprimidos según estado civil de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Estado civil	Total	
	N°	%
<b>Casado (a)</b>	32	47,8
<b>Viudo (a)</b>	19	28,4
<b>Divorciado (a)</b>	10	14,9
<b>Soltero (a)</b>	6	9,0
<b>Total</b>	67	100,0

Fuente: Cuestionario

En la condición social actual, relacionada con la pareja, prevaleció la de casado (47,8 %), seguido de la viudez (28,4 %), que constituye uno de los eventos más habituales en esta etapa del ciclo vital de la familia, al producirse la muerte del primer cónyuge. En menor cuantía, se encontraban los solteros, y los divorciados. (Tabla 4)

Los resultados del autor, coinciden con los Abambari y colaboradores, ya que en su artículo predominan también los AM casados y viudos (87) y con los de Huacón Castro donde la condición de casado prevaleció como estado civil, seguido de la viudez que, en esta etapa del ciclo vital de la familia, constituye

uno de los eventos más frecuentes, al producirse la muerte del primer cónyuge. (93)

**Tabla N. 5. Distribución de los adultos mayores deprimidos según escolaridad de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Escolaridad	Total	
	N°	%
<b>Sin instrucción</b>	27	40,3
<b>Primaria</b>	29	43,3
<b>Secundaria</b>	7	10,4
<b>Bachiller</b>	3	4,5
<b>Superior</b>	1	1,5
<b>Total</b>	67	100,0

Fuente: Cuestionario

Entre los adultos mayores deprimidos estudiados, predominó los que tenían nivel primario de escolaridad (29, para un 43,3 %), seguidos de los que no tenían ningún nivel de escolaridad (27, para un 40,3 %), lo que se corresponde con que en general entre ellos el nivel de instrucción es bajo. Pocos habían vencido el nivel secundario y el medio y solo uno era graduado universitario. (Tabla 5)

Los resultados obtenidos, son diferentes a los del trabajo Factores de riesgo, asociados a la depresión en adultos mayores en Atención Primaria de Salud, donde la mayoría de los AM, habían alcanzado el nivel secundario. En este mismo trabajo se plantea que aun cuando no exista relación entre el nivel de instrucción y la depresión, los AM que más educación hayan tenido durante su vida tienen un factor de protección, logrando disminuir hasta un 56 % el riesgo de este problema. (87)

Licas (51), encontró que en el nivel de depresión normal predominaba el grado de instrucción primaria, seguido de un grado de instrucción con analfabetismo. Así mismo en el nivel de depresión leve en su mayoría

predominaba el grado de instrucción primaria, seguido de un grado de instrucción con analfabetismo y finalmente en el nivel de depresión severa predominaba el grado de instrucción primaria, seguida de un grado de instrucción con analfabetismo.

En los trabajos, Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra", (24) Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá y Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016. también predominaron los AM con un nivel de instrucción bajo, lo que coincide con lo obtenido por el autor. (90)

**Tabla N. 6. Distribución de los adultos mayores deprimidos según autoidentificación étnica de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Autoidentificación Étnica	Total	
	N°	%
<b>Mestizo(a)</b>	58	86,6
<b>Negro(a)</b>	4	6,0
<b>Indígena</b>	2	3,0
<b>Blanco(a)</b>	2	3,0
<b>Montubio(a)</b>	1	1,5
<b>Total</b>	67	100,0

Fuente: Cuestionario

En la tabla 6, se puede observar que la mayoría de la población estudiada, se autoidentifica como mestizo. (88,6 %)

Según el Instituto nacional de estadísticas y censo (INEC), en el Ecuador predominan los mestizos con más del 70% (4). Esto se debe a la tendencia de la población a considerarse de esta manera, por el derecho que le asiste

constitucionalmente.

El autoidentificarse como mestizos también prevaleció entre los ancianos estudiados en Pascuales. (93)

No siempre se logra obtener esta variable en otras bibliografías consultadas.

La tabla 7, identifica los factores de riesgo de la depresión correspondiendo al tercer objetivo del estudio.

**Tabla N. 7. Distribución de los factores de riesgo para desarrollar depresión presente en los adultos mayores de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

<b>Factores de riesgo para depresión</b>	<b>Total</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Económicamente no productivo</b>	63	94,0
<b>Bajo apoyo social</b>	61	91,0
<b>Dependencia económica</b>	59	88,1
<b>Inactividad física</b>	57	85,1
<b>Pluripatología</b>	43	64,2
<b>Soledad</b>	41	61,2
<b>Polifarmacia</b>	37	55,2
<b>Sexo femenino</b>	35	52,5
<b>Pérdidas afectivas</b>	27	40,3

Fuente: Cuestionario

Los factores de riesgo que sobresalieron para desarrollar depresión en adultos mayores fueron los psicosociales. El ser personas, económicamente no productivas, estuvo presente en 63 de los adultos mayores estudiados (94,0 %), le siguió el bajo apoyo social que reciben (91,0 %), seguidos de los que dependen económicamente de otros (88,1 %) o tienen inactividad física.

(85,1 %) Los adultos mayores que presentan varias enfermedades (pluripatología) representaron el 64,2 %, seguidos de los que sienten mayor soledad (61,2 %), usan varios medicamentos a la vez, (polifarmacia, para un 55,2 %) y del sexo femenino (52,5 %), estuvieron representados en un menor porcentaje, para presentar depresión. (Tabla 7)

En la bibliografía consultada se expresa que cuando existe dependencia económica, se muestra una predisposición mayor de depresión en los AM. (90, 94, 95)

Llanes Torres (26) los describe en, psicológicos y sociales, siendo entre los primeros, el temor a la muerte, el factor predominante y el más desencadenante de la depresión, seguido de la inadaptación a la jubilación, la violencia psicológica y la necesidad de ser escuchado. Entre los diferentes factores de riesgo sociales; la necesidad de comunicación social y la viudez alcanzaron los mayores índices, mientras que los insuficientes ingresos económicos y la dependencia de hábitos tóxicos tuvieron también cifras representativas, en cada caso.

Abambari, por su parte describe como factores de riesgo el padecimiento de los AM de enfermedades crónicas no transmisibles, sobre todo la hipertensión arterial y la artrosis. (87)

En el artículo, Intervención psicológica en adultos mayores con depresión, se consideran factores de riesgo igualmente estas enfermedades: hipertensión arterial, asma bronquial y otras y se reafirma que la depresión puede ser frecuente ante la presencia de enfermedades propias de esta etapa de la vida, atendiendo a los cambios biológico-fisiológicos y cognitivos propios del envejecimiento; plantean que, ante todo esto, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se deteriore. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades, puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión. (89)

Rodríguez Blanco, (24) también encontró como factores de riesgo para la depresión, la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales.

Por otra parte, Salazar, encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. (90)

Actualmente se le da mucha importancia a la soledad y se relaciona con la depresión fundamentalmente en los AM. El sentimiento de soledad es una sensación subjetiva en la que la persona experimenta insatisfacción con las relaciones sociales. Se ha estudiado relación que existe entre este sentimiento y la mortalidad. Investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) han llevado a cabo un exhaustivo trabajo de revisión pionero en su campo. Los resultados, publicados en la revistas PLOS ONE, revelan que la soledad es un factor de riesgo para la mortalidad, y que esta relación es más fuerte en hombres que en mujeres, posiblemente porque las mujeres tienden a admitir más fácilmente sentimientos de soledad, y los hombres reconocen sentirse solos cuando la severidad y el impacto de estos sentimientos son mayores, también porque la soledad está relacionada con la salud y en ocasiones los hombres tienen actitudes negativas para acudir a los servicios de salud. (96)

El profesor chileno Homero Gace (97), considera que los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética y estados de especial susceptibilidad del adulto mayor a presentar reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas. Las comorbilidades inducen mayor riesgo ya que pueden afectar la absorción, excreción y metabolización de fármacos y la necesidad de ampliar las terapias complican la prescripción segura. Existen criterios en literatura internacional que describen fármacos inapropiados para el adulto mayor, ya sea por su toxicidad como porque existen alternativas más seguras en este grupo de



edad. Factores no farmacológicos como las redes sociales de apoyo, el deterioro cognitivo, los trastornos de órganos de los sentidos, entre otros, pueden influir importantemente en el éxito o fracaso de una terapia.

Con todo lo anterior coinciden diversos autores. (98,99, 100)

Las tablas de la 8 a la 13, describe las familias de los adultos mayores deprimidos, según su composición, crisis que presentan y su funcionamiento correspondiendo con el cuarto objetivo del estudio

**Tabla N. 8. Distribución de las familias de los adultos mayores deprimidos según su ontogénesis de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

<b>Familias según ontogénesis</b>	<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Extensa</b>	29	47,5
<b>Nuclear</b>	18	29,5
<b>Ampliada</b>	11	18,0
<b>Monoparental</b>	3	4,9
<b>Total</b>	61	100,0

Fuente: Fichas familiares

El tipo de familia predominante, donde conviven los adultos mayores deprimidos, según su ontogénesis, fue la familia extensa (29 con un 47,5 %), seguidas de las familias nucleares (29,5 %) y las ampliadas (11 para un 18,0 %). (Tabla 8)

De acuerdo al tamaño de las familias de los adultos mayores estudiados, al comparar los resultados con los de otros autores, en relación a la ontogénesis trabajos como el de Morales Vento y colaboradores (66), también reflejan predominio de las familias extensas seguidas de los sujetos que conviven en

un núcleo unipersonal (viven solos) y después los que lo hacen en familias nucleares.

**Tabla N. 9. Distribución de las familias de los adultos mayores deprimidos según el número de integrantes de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

<b>Familias según número de integrantes</b>	<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Pequeña</b>	15	24,6
<b>Mediana</b>	27	44,3
<b>Grande</b>	19	31,1
<b>Total</b>	61	100,0

Fuente: Fichas familiares

Las familias de los adultos mayores deprimidos, según el número de integrantes, preponderaron las familias medianas con el 44,3 %, seguidas de las grandes con el 31,1 % y las pequeñas con el 24,6 %. (Tabla 9)

Igual coincidencia existió, en los resultados de este autor y los de Huacón Castro, al distribuirse las familias de los adultos mayores, según el número de integrantes, donde predominaron las familias medianas seguidas en casi igual proporción de las grandes y las pequeñas.

En el estudio realizado en Nueva Paz, Cuba (66) se evidenció un predominio de las familias pequeñas, seguidas de las medianas y en menor proporción las familias grandes, lo que no coincide con este trabajo.

**Tabla N. 10. Distribución de las familias de los adultos mayores deprimidos según el número de generaciones de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

Familias según número de generaciones	Total	
	No.	%
<b>Unigeneracional</b>	7	11,5
<b>Bigeneracional</b>	23	37,7
<b>Trigeneracional</b>	31	50,8
<b>Total</b>	61	100,0

Fuente: Fichas familiares

Las familias de los adultos mayores deprimidos según el número de generaciones, prevalecieron las familias trigeneracionales con el 50,8 %, seguidas de las bigeneracionales con el 37,7 %. Solo en siete familias vivían adultos mayores con personas de su propia generación. (Tabla 10)

En el estudio realizado por Morales Vento y colaboradores, (66) se observó predominio de las familias trigeneracionales, y le siguió en orden de prioridad las familias unigeneracionales, y en menor medida las familias bigeneracionales respectivamente. Resultados que no coinciden en sentido general, con los obtenidos por el autor.

**Tabla N. 11. Distribución de las crisis familiares en los hogares de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018.**

<b>Crisis familiares</b>		<b>Total</b>	
		<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Normativas</b>	<b>Muerte del primer cónyuge</b>	19	28,4
	<b>Jubilacion</b>	21	31,3
	<b>Vejez</b>	43	64,2
<b>Paranormativas</b>	<b>Desmembramiento</b>	19	28,4
	<b>Incremento</b>	9	13,4
	<b>Desmoralización</b>	7	10,4
	<b>Cambios económicos importantes</b>	29	43,3
	<b>Problemas de salud</b>	39	58,2

Fuente: Fichas familiares

En la tabla 11, aparece la distribución de las crisis familiares presentes en los hogares de los adultos mayores deprimidos. La vejez como elemento de crisis, fue dentro de las normativas, la que tuvo mayor presencia en 43 de ellos, para un 64,2 %, seguida de la jubilación 31,3 % y en menor medida la muerte del primer cónyuge con el 28,4 %. Entre las crisis paranormativas predominó la que producen los problemas de salud con un 58,2 %, seguida de los cambios económicos importantes con el 43,3 % y por desmembramiento con el 28,4 %. Las crisis por incremento y por desmoralización solo estaban presentes en un pequeño número de las familias.

En la investigación realizada en Bogotá, Colombia, se encontraron factores protectores significativos, como tener familiares y amigos que cuidan de la persona mayor o que la hacen sentirse querida. De ahí la importancia de mantener la familia unida y tener siempre en su seno, como principios, el buen trato, la tolerancia, la atención y el respetar a los AM. (90)

Los resultados del autor, coinciden con la literatura revisada, ya que en sentido general se puede comprobar la existencia de varias crisis en una

misma familia y el predominio entre las transitorias, el afrontamiento a la vejez y su no adaptación a la misma por los adultos mayores y entre las no transitorias, los problemas de salud por el padecimiento de una o varias enfermedades crónicas, presentes casi siempre en esta etapa de la vida. (93, 101)

Es por eso que algunas publicaciones consideran muy importantes que los AM participen en las actividades recreativas internas y externas que se realizan en el marco de las familias y/o de las instituciones. (102)

Aquí radica la importancia de que los ancianos se inserten en grupos sociales y organizaciones que se diseñan con la finalidad de que tengan un espacio donde intercambiar sus ideas, sus criterios, realicen otro tipo de actividades, se diviertan y puedan relacionarse generacionalmente con los congéneres, en su propio grupo de edades. (66, 103)

**Tabla N. 12. Distribución de las familias de los adultos mayores deprimidos según funcionamiento familiar de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018**

<b>Funcionabilidad familiar</b>	<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Familia funcional</b>	23	37,7
<b>Familia moderadamente funcional</b>	31	50,8
<b>Familia disfuncional</b>	6	9,8
<b>Familia severamente disfuncional</b>	1	1,6
<b>Total</b>	61	100,0

Fuente: FF-SIL

Al distribuirse las familias de los adultos mayores deprimidos, según el funcionamiento familiar, (tabla 12) predominaron las familias moderadamente funcionales con el 50,8 %, seguidas de las familias

funcionales con el 37,7 %. Solo una familia era severamente disfuncional.

Los resultados obtenidos por el autor, coinciden con los de Huacón Castro, quien obtuvo también predominio de familias moderadamente funcionales. (93)

Un estudio mexicano sobre depresión y funcionamiento familiar, obtuvo que existía una prevalencia de disfunción en casi el 50 por ciento de las familias, encontrándose una relación directa entre disfuncionalidad familiar y depresión. (91)

En el trabajo de Abambari sobre los factores de riesgo que pudieran estar asociados a la depresión en adultos mayores en la Atención Primaria de Salud, la disfuncionalidad familiar se presentó en un 63 por ciento de los casos, y la depresión en los AM, en este grupo, alcanzó el 62,7 por ciento, de ahí lo importante que resulta que todas las dimensiones de las que depende el funcionamiento familiar se encuentren en equilibrio de forma adecuada y pertinente y más si se trata de familia donde conviven AM. (87)

Hernández y colaboradores (104), dieron a conocer en su estudio, que existía en menos de un 30 por ciento disfuncionalidad familiar moderada, cifras que no coinciden con las del autor ni con otros trabajos publicados

Mientras que Acuña Rodríguez (92), en su tesis para obtener el título de enfermera en la ciudad de Cartagena, obtuvo, que la mayoría los AM, percibió una buena funcionalidad familiar, en su hogar.

**Tabla N. 13. Distribución de las familias de los adultos mayores deprimidos según las relaciones internas del funcionamiento familiar de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud 25 de Enero. Año 2018.**

Relaciones internas del funcionamiento familiar	Alta		Media		Baja	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Cohesión</b>	3	4,5	21	31,3	43	64,2
<b>Armonía</b>	2	3,0	19	28,4	46	68,7
<b>Comunicación</b>	2	3,0	23	34,3	42	62,7
<b>Adaptabilidad</b>	7	10,4	29	43,3	31	46,3
<b>Afectividad</b>	4	6,0	15	22,4	48	71,6
<b>Rol</b>	3	4,5	21	31,3	43	64,2
<b>Permeabilidad</b>	9	13,4	23	34,3	35	52,2

Fuente: FF-SIL

Al distribuirse las relaciones internas del funcionamiento familiar en los hogares con presencia de adultos mayores deprimidos, se pudo evidenciar, que prepondero la existencia de baja afectividad (71,6 %) y armonía (68,7 %) entre los miembros de la familia, especialmente con los adultos mayores, seguidas de la cohesión y el rol (64,2 %). La permeabilidad (13,4 %) y la adaptabilidad (10,4 %) fueron las categorías cualitativamente más altas entre sus miembros. (Tabla 13)

La evaluación de la percepción del funcionamiento familiar realizada a través del test FF-SIL, permitió medir el grado de funcionalidad basados en las siete dimensiones que establece: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. Huacón Castro, al analizar las categorías del funcionamiento familiar en los hogares con presencia de adultos mayores, obtuvo que en ellos existía baja afectividad y armonía entre sus miembros, resultados coincidentes con los obtenidos por el autor de este trabajo. (103)

La propia autora menciona que, Acuña Rodríguez y colaboradores,

encontraron en su trabajo que, en la dimensión adaptabilidad, con la cual se valora la satisfacción de la persona con relación al apoyo recibido por la familia, se evidenció que un elevado porcentaje de los adultos mayores encuestados, manifestaron estar casi siempre satisfecho. (92)

Contreras-García (105), en un estudio sobre funcionamiento familiar, expone que, a medida que aumenta el riesgo familiar, (al aumentar los factores que amenacen la adaptación adecuada al entorno) las familias se ven enfrentadas a una mayor disfuncionalidad familiar. Lo anterior cobra importancia, ya que tanto los acontecimientos normativos, como los no normativos, (riesgos a los que se expone la familia) provocan cambios en la dinámica familiar, lo que parece ser mayor en hogares, donde conviven adultos mayores.



## 14. CONCLUSIONES

De los adultos mayores estudiados, pertenecientes a los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero, más de la tercera parte de ellos tienen algún tipo de depresión.

Predominó el sexo femenino, las edades comprendidas entre 65 a 69 años, los mestizos, los jubilados, los casados y los que habían aprobado la primaria como último nivel escolar.

Los factores de riesgo para desarrollar depresión, mayormente presentes en los adultos mayores son los psicosociales, se manifestaron con mayor frecuencia ser personas económicamente no productivas, tener un bajo apoyo social, depender económicamente de otros y tener inactividad física. Los adultos mayores que tienen varias enfermedades, los que sienten mayor soledad, los que usan varios medicamentos a la vez, el sexo femenino y los que han tenido alguna pérdida afectiva, están también presentes como riesgos para desarrollar depresión.

Las familias donde conviven los adultos mayores deprimidos se catalogaron mayoritariamente como extensas, medianas y trigeneracionales, prevaleciendo las crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud, así como las familias moderadamente funcionales. Entre las relaciones internas del funcionamiento familiar existe baja afectividad y armonía entre los miembros de las familias, donde convivían adultos mayores.

## **15. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Se considera que la investigación se pudo realizar, ya que a pesar de que la población atendida y estudiada, convive en una zona de riesgo y alta vulnerabilidad social, el médico postgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, ha permanecido durante tres años en el sector donde labora, brindando atención médica básica, de forma personalizada, con eficacia y eficiencia, alcanzando, con la calidez que le caracteriza la calidad y eficiencia necesaria para poder, a través de una adecuada relación médico - paciente, exhaustivo examen físico y la utilización de los medios complementarios, llegar a diagnósticos más precisos, lo que ha posibilitado su entrada a cada uno de los hogares, para la aplicación de las encuestas, con la privacidad y confidencialidad necesaria para ello.

Se recomienda continuar identificando los factores de riesgo de depresión y mantener la aplicación de los instrumentos que permiten llegar al diagnóstico de certeza de depresión, así como la valoración de los pacientes por un equipo multidisciplinario que pueda orientarlos mejor y trabajar para disminuirlos, considerando sus vulnerabilidades, de forma tal que, tomando como base este estudio, para conocer y diagnosticar la depresión en los adultos mayores, permita prevenirla, atenderla, tratarla tanto individualmente, como con apoyo de la familia y las demás instituciones sociales, ya que estos son los instrumentos de medición que permiten contar con una aproximación certera al fenómeno, de este modo se contará con sistemas de información estadística más completos que permitan dar seguimiento al fenómeno de la depresión en los adultos mayores. Resulta necesario dar a conocer a las autoridades y a la población en general los resultados del estudio realizado y en base a esto, proponer acciones o estrategias educativas, que permitan de algún modo lograr una sociedad respetuosa, donde se logre mejorar el abordaje del tema, desde las dependencias públicas y se pueda trabajar en sistema, aspirando a alcanzar la mejora continua de la calidad de vida de los adultos mayores, fundamentalmente en el marco de su familia.

## 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Arzuaga N, Salazar Morales k, Núñez Álvarez L. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana – CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Intervención educativa sobre funcionamiento familiar en adultos mayores. Consultorio # 23. Niquero. 2010. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/317/165>
2. Placeres Hernández JF, De León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado 22 Oct 2017]; 33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>
3. República del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda 2010. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III. Serie de información estratégica. ISBN: 978-9942-07-390-7. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\\_y\\_Hombres\\_del\\_Ecuador\\_en\\_Cifras\\_III.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf)
4. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. p. 27 - 92. Luxemburgo. ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF) [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=5ADBCDE79FBFC00670E0E704662DCA0A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=5ADBCDE79FBFC00670E0E704662DCA0A?sequence=1)
5. Aja Díaz A, Catasús Cervera SI, Benítez Pérez ME, San Marful Orbis E, Oliveros Blet A, et al. Características sociodemográficas de la población cubana. La Habana: CEDEM; 2012.
6. Benítez-Pérez M. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. Medisur [revista en Internet]. 2017 [citado 22 Oct 2017]; 15(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/341>

7. Romero Cabrera AJ. Asistencia clínica al adulto mayor. Capítulo 10. Fallo Mental I. Delirium. 2da ed. La Habana. ECIMED, 2012. p.: 1 – 77.
8. Torrado Ramos AM, Sánchez Pérez L, Somonte López R, Cabrera Marsden AM, Hernández Pino PC, Lorenzo Pérez O. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Nov Población*. 2014;(42) 7:19. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000100002)
9. Álvarez Sintés R. "Atención al Adulto Mayor". En: Álvarez Sintés. *Medicina General Integral*. Vol. 2: Salud y Medicina. 3ra ed. La Habana: Ecimed; 2014. p. 488-91.
10. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Álvarez Vázquez L, Calero Ricardo J, Castañeda Abascal I, Gálvez González AM. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2015 [citado 22 Oct 2017]; 41 (3): [aprox. 15 p]. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO864-34662015000300002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662015000300002).
11. Bayarre Veá HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cub Salud Pública*, Volumen 43, Número 2 (2017) [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/892/871>
12. Amaro Cano MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. Vol.6 No.2. 2016. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2017/01/27/el-envejecimiento-poblacional-en-cuba-desde-el-prisma-de-la-epidemiologia-social->

13. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6.doi: [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs09>
14. Fajardo Bernal Jaime, Fajardo López Eliza, González Fernández Loraine, González Fulgueira María Caridad. Valoraciones teóricas sobre envejecimiento, familia y calidad de vida. *Ene* 2012 [actualizado 4 May 2015; [citado 15 Oct 2017]; aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol\\_75\\_No.3/valoraciones\\_teoricas\\_envejecimiento\\_familia\\_calidad\\_vida\\_rb.pdf](http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_75_No.3/valoraciones_teoricas_envejecimiento_familia_calidad_vida_rb.pdf)
15. Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015; 31(3):346-352. [citado 15 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/65/23>
16. OMS. Reclamo de políticas sociales para el envejecimiento poblacional. *Diario Médico*. Octubre 5, 2015.
17. Benítez-Pérez M. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *Medisur* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Oct 15]; 15(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3417>
18. González Rodríguez R, Cardentey García J, Otaño Arteaga A, Pérez González R. Aspectos epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en Internet]. 2015 [citado 22 Oct 2017]; [aprox. 6p]. Available from: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/356>.
19. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Adultos mayores fragilizados. *Bibliomed* [Internet]. 2017 Sept [citado 30 Oct 2017];24(9):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/09/bibliomed-septiembre->

2017.pdf

20. Díaz Díaz M, Silveira Hernández PS, Guevara de León T, Ferriol Rodríguez M. Fragilidad, dependencia y repercusión social en ancianos atendidos por el Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. *Acta Médica del Centro / Vol. 8 - No. 2 – 2014*. [citado 15 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/119/125>
21. Colectivo de autores. Urgencias Psiquiátricas. Capítulo 14, Urgencias en psicogeriatría. Ecimed. 2014.
22. Sotelo-Alonso, I; Rojas-Soto, JE; Sánchez-Arenas, C; Irigoyen-Coria, A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 14, núm. 1, enero-marzo, 2012, [citado 15 Oct 2017]; pp. 5-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
23. Kronfly Rubiano E, 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---625. [citado 15 Oct 2017]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.012>
24. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013 [citado 15 Oct 2017]; 29(1):64-75. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S086421252013000100009&lng=es>
25. Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana de Salud Pública*. Volumen 43, Número 2 (2017) [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/999/875>
26. Llanes Torres HM, López Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar JL, Hernández

- Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015, [citado 15 Oct 2017]; 21(1) Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158>
27. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo Joseph J, Wagner Fernando A, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Ment [Internet]. 2012 Feb [citado 11 Oct 2017];35(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es)
28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del SNS. Normas y Protocolos de atención integral de salud de las y los Adultos Mayores. Quito, Ecuador. Mayo 2010.
29. Siguenza Campoverde WG. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Tesis previa a la obtención del título de Magister en psicoterapia del niño y la familia. Cuenca, Ecuador, 2015. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf>
30. OMS. Envejecimiento y salud. Datos y cifras. febrero 5, 2018. [citado 1º May 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
31. Ponce Durán, A. Código de Familia. Obtenido de Revista Judicial. No. 10477. 31 de octubre de 2013. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia>
32. Organización de Naciones Unidas. World population prospects: the 2015 revision. Nueva York, Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2015
33. República del Ecuador. INEC Instituto Nacional de Estadísticas y censo. Salud, bienestar y envejecimiento. 2009. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_adulto_mayor.pdf)

34. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. Ecuador hoy y en el 2025. Apuntes sobre la evolución demográfica. Quito 2008. [citado 11 Sept 2017]; Disponible en: [http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones\\_y\\_estudios\\_demograficos/06.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/ESTADISTICA/Proyecciones_y_estudios_demograficos/06.pdf)
35. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2016
36. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública. 17 (2): [citado 15 Oct 2017]; 184-194, disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295/62023>
37. Crespo Vallejo JR. “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011”. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador, 2011.
38. Andrade Trujillo 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”. Tesis de grado previo a la obtención del Título de: Nutricionista Dietista. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética. Riobamba – Ecuador. 2011..
39. Bayarre Veá HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. Rev Cub Salud Pública, Volumen 43, Número 2 (2017) [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/892/871>



40. Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Rev. de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Vol. 16, Núm. 1 (2012) [citado 15 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/874/html>
41. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. Volumen II. Parte XI. Familia. Capítulo 59. Medicina General Integral. / Colectivo de autores; rev. Roberto Álvarez Sintés; [pról. Alfredo Espinosa. Brito]; 3. ed. aumentada y corregida. -- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 358 p., 5 t.: il., tab.
42. Valbuena Vanegas I. Discusiones y reflexiones en torno a la Investigación en familia. Tend. Ret. ISSN 0122-9729. Vol. 17, No. 1, enero-junio 2012, [citado 15 Oct 2017]; pp. 59-66. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/1811/1679>
43. OPS/OMS. Salud en la Américas. Envejecimiento y cambios demográficos. 2017. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>
44. Ruiz Álvarez J, Llanes Torres HM, Perdomo Jorge JM, Santamarina Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de Familia. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2016 22(1) [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>
45. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. GeroInfo. 2006;1(3):4-7 [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las\\_transiciones\\_de\\_mografica\\_y\\_epidemiologica\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_objetiva\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_de_mografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf)
46. Rodríguez Gómez G. De lo individual a lo social: cambios en la fecundidad cubana. La Habana: CEDEM; 2013.
47. Caetano Orantes R, Rodríguez Wong LL, Fazito D, Turra C. O

- envejecimiento populacional e desafíos demográficos de Cuba e Brasil: similitudes, diferenças e complementariedades. *Nov Población*. 2013;(41):5.
48. Cruz Estupiñán D. Retos ante el envejecimiento de la población cubana. *Invest Medicoquir*. 2015 (enero-junio);7(1):1-3. ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61593>
49. Sempértégui Ruiz E. Caracterización clínico - epidemiológica de adultos mayores con deterioro cognitivo en el centro del adulto mayor – Chiclayo en el periodo septiembre – noviembre del 2012. Tesis para optar el grado académico de médico cirujano. Escuela de Medicina. Universidad de San Martín de Porres. Lima Perú, 2013. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
50. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000.
51. Licas Torres MP. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina. E.A. P. de enfermería. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral. S.J.M - V.M.T 2014. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú, 2015.
52. Kurlowicz L, Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC. La escala de depresión geriátrica. (GDS, por sus siglas en inglés) Try This: Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. Número 4, Revisado 2007. [citado 22 Oct 2017]; Disponible: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>
53. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. *Revista médica electrónica* 2007;29(5). [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>
54. Castro Lizárraga M, Ramírez Zamora S, Aguilar Morales LV, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto

- mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(4): Oct.-Dic: 132-137. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf>
55. Bayo M. J. El papa de la familia: SAN JUAN PABLO II. Amor y vida. Segundo trimestre, 2014. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor\\_vida/a%20y%20v%202-2014/pdf/el%20papa%20de%20la%20familia.pdf](http://www.arquidiocesisdelahabana.org/contens/publica/amor_vida/a%20y%20v%202-2014/pdf/el%20papa%20de%20la%20familia.pdf)
56. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. 2014. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=TENSION>
57. Robles C., & Di Leso L. El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. Año 2 - Nro. 3 - Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” 2012. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web\\_revista\\_3/pdf/8\\_robles.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/8_robles.pdf)
58. Ramos Rangel Y, González Valdés MA. Un acercamiento a la función educativa de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. Volumen 36, Número 1 (2017) [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/258/127>
59. Arés Muzio P. La Familia. Una mirada desde la Psicología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010.
60. Alonso del Real Barrera JM. Influencia de la familia en el desarrollo de las Habilidades Socio emocionales de los niños de Educación Primaria. La familia como recurso preventivo de la violencia de escolares y conflictos escolares. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016 [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/45103/TFG%20Jose%20Mar%c3%ada%20Alonso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 2014 [citado 2 Nov 2017];10(1): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

62. Cano R, Casado M. Escuela y familia. Dos pilares fundamentales para unas buenas prácticas de orientación educativa a través de las escuelas de padres. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2015 [citado 2 Nov 2017];18(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.18.2.219491>
63. García A. Familia, educación y la construcción de la identidad y del autoconcepto en niños escolares. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*. 2016;2(3):41-6. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.google.com.cu/url?url=http://psicoeducativa.iztacala.una.m.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/download/22/74/&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwi8\\_JabisPXAhVK6yYKHbgVDnQQFggTMAA&usg=AOvVaw3XFV7hKO5d3RvLKej6g2IJ](http://www.google.com.cu/url?url=http://psicoeducativa.iztacala.una.m.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/download/22/74/&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwi8_JabisPXAhVK6yYKHbgVDnQQFggTMAA&usg=AOvVaw3XFV7hKO5d3RvLKej6g2IJ)
64. GAMEF. Manual de Intervención en Salud Familiar La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2011 [citado 20 de sept de 2017]. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj16ODN6KjRAhUI64MKHTRAAKoQFggeMAA&url=http%3A%2F%2F>
65. Arés Muzio P. *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
66. Morales Vento E, Hernández Ulloa E, Del Río Oliva Y, Ortega Dorta Y. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*. 2015 21(2) [citado 20 de sept de 2017]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61791>
67. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro A.M, Carrasco García M. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* v.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007. [citado 22 Ago 2016]. versión On-line ISSN 0864-3466. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So864-34662007000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662007000100010)

68. Organización de Estados Americanos. VI Cumbre de las Américas. 14 y 15 de abril de 2012. Cartagena de Indias, Colombia. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.summit-americas.org/sextacumbre.htm>
69. Organización de Naciones Unidas. 1ro de octubre: Día Internacional de las Personas de Edad. 1 octubre 2017. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/anuncio/2017/10/01/1ro-de-octubre-dia-internacional-de-las-personas-de-edad>
70. ONU. Mensaje del Secretario General con motivo del Día Internacional de las Personas de Edad. Ginebra, 1º octubre 2017. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.un.org/es/sg/statements.shtml>
71. ONU. Asamblea General. Cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 15 al 16 de junio de 2015. Washington, D.C. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol\\_CONVENCI-%C3%B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf](http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol_CONVENCI-%C3%B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf)
72. Constitución de la República del Ecuador. 2008 [citado 22 Ago 2017]; Disponible en: [http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.es/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
73. República del Ecuador. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores. 15/4/2012. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de atención integral gerontológica. [citado 2016 Jun 1] Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
74. Chan, M. Prefacio al Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2015.
75. Durán Ponce A. Código de Familia. jueves 31 de octubre del 2013. [cited 29 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas>

/derechodefamilia/2013/10/31/codigo-de-familia

76. República del Ecuador. Asamblea Nacional. Código Orgánico Integral Penal 2014. Oficio No. SAN-2014-0138 Quito, 03 de febrero de 2014. Artículo 155. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>
77. Durán Ponce, A. Legislación de Menores. Editorial Universitaria, Quito, 2012, págs. 96 y 97.
78. Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017; 41: e96. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [www.paho.org/.../Reforma-del-Sistema-de-Salud-del-Ecuador-hacia-la-Cobertura-Universal.pdf](http://www.paho.org/.../Reforma-del-Sistema-de-Salud-del-Ecuador-hacia-la-Cobertura-Universal.pdf)
79. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de Atención en Salud. Acuerdo Ministerial No.: 725–1162. MSP: Quito; 2013. [citado: 22 Oct 2017]; Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
80. Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2006; 114 (6): 398-410. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17087788>
81. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: [www.dsm5.org/](http://www.dsm5.org/)
82. Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez DC, Martínez Esteves MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901-906 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318. [citado 22 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3092/309231669025/>
83. Ferrán Martínez N. Epidemiología de la vejez. Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Madrid: Editorial Alianza; 2011.

84. Guzmán ICR, Bulnes AMM. Efectividad de un programa educativo en relación con la autoestima de adultos mayores en Perú. *Journal Health NPEPS*. 2017; 2(1):176-193. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1750>
85. Medina O, Mira Lara GJ, Medina Londoño ZR. Prevalencia de la depresión en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Medellín, 2013. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co:8080/handle/10596/2299>
86. Vila Mafare M. Nivel de depresión en adultos mayores del asilo de ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas. Tesis de Grado previo a la obtención del Título de Licenciatura de Enfermería. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Esmeraldas, 2015. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/403>
87. Abambari C, Zhunio D. Factores de riesgo, asociados a la depresión en adultos mayores en Atención Primaria de Salud. *Rev Med HJCA* 2012, 4(2): 128 – 132. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/231>
88. Tartaglini MF, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefan D. Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(4): 518-527. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v20n4/es\\_1981-2256-rbgb-20-04-00516.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v20n4/es_1981-2256-rbgb-20-04-00516.pdf)
89. Sims Rodríguez M, Ramírez Leyva D, Pérez Castro K, Gómez García K. Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas* 2017; 17(2): 306-322. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202017000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005)
90. Salazar AM, Reyes MF, Plata SJ, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E,

- Pedraza OL, Gómez P, Pardo D, Ríos J. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(2):176-183. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
91. Saavedra-González AG. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayaalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar.* Vol. 23. Núm. 01:24–28. [citado 1º May 2018]; Enero - marzo 2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/esrevista-atencion-familiar-223-articulo-depresion-funcionalidad-familiaradultos-mayores-90450348>
92. Acuña Rodríguez I. Percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena. Trabajo para optar al título de enfermera (o). Universidad de Cartagena Facultad de Enfermería Cartagena D. T y C. 2015. [citado 22 Ago 2016]; Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2642/1/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20E%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>
93. Huacón Castro NR, Placeres Hernández JF. Funcionamiento familiar en hogares con adultos mayores, consultorios 17 y 18, Centro de Salud Pascuales; junio de 2015 a junio de 2016. Trabajo de investigación previo a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7391>
94. Soares J, Barros H, Torres F, Loannidi E, Lamura G, Lindert J, Et Al. Estudio Abuel: Abuse and health among ederly in Europe. En: Medzionis and Stankunas. The European Commission. Executive agency for health and consumers; 2010. ISBN 978-9955-15-194-4.
95. Burns R, Butterworth P, Windsor T, Luszcz M, Ross L, Anstey K. Deriving prevalence estimates of depressive symptoms throughout



- middle and old age in those living in the community. *Int Psychogeriatric* 2012; 24(3):503-51. Disponible en: doi: 10.1017/S1041610211002109.
96. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE* 13(1): 2018. e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
97. Gace H. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2012; 23(1) 31-35. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0716864012702705/1-s2.0-S0716864012702705-main.pdf?\\_tid=9b87a6a1-3559-45b4-a146-488435b1e5ef&acdnat=1525034212\\_bd33c458af507813f10e82eb357283b8](https://ac.els-cdn.com/S0716864012702705/1-s2.0-S0716864012702705-main.pdf?_tid=9b87a6a1-3559-45b4-a146-488435b1e5ef&acdnat=1525034212_bd33c458af507813f10e82eb357283b8)
98. Serra UrraI M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013.* Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016)
99. Serra UrraI M, Germán Meliz JL. Caracterización de adultos mayores con polifarmacia evaluados en la consulta de geriatría. *Rev Cub Med Mil vol.43 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2014.* Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572014000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300003)
100. Castro-Rodríguez JA, Orozco-Hernández JP, Marín-Medina DS. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev. Méd. Risaralda* 2016; 22 (1): 52-57. [citado 1º May 2018]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a11.pdf>
101. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. España. *INFORMETFW* 2013-2. El papel de la familia en el envejecimiento activo. 29 ABRIL 2013. [citado 1º May 2018]; Disponible en: <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe2013->

2.pdf

102. Giai M. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So864-34662015000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662015000100007)
103. Llanes Torres HM, Roque Martínez D, Álvarez N, Ruíz Álvarez J. Adulto mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. Rev de Ciencias Médicas. La Habana 2015 [citado 1º May 2018]; 21 (No. Especial) Disponible en:[http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748/pdf\\_43](http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748/pdf_43)
104. Hernández. Y, Pérez. C, Pérez. R, Alejandro Saavedra. A, Alejandro Tápanes. A, Legón. A, Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos Cotorro. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9(1). (fecha de acceso: 1º May 2018) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev12012/hph03112.html>
105. Contreras-García SY, González Ayamante A. Funcionamiento familiar en mujeres climatéricas sintomáticas usuarias del nivel primario de atención en Chile. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 41, Núm. 4 (2015). [citado 11 Oct 2016]; Disponible en:<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/7/7>

## 17. ANEXOS.

### Anexo 1

#### Consentimiento informado

Yo, Dr. Diego Hernán Olver Moncayo con CI 1719331298 que trabajo en el Centro de Salud 25 de Enero, me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos en cuatro consultorios del Centro de Salud 25 de Enero, durante el periodo de enero a julio del 2018.

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte del estudio que se desarrollará con el auspicio de las instalaciones de los consultorios 1,2,3,4 del Centro de Salud 25 de Enero, Cooperativa 25 de Enero. El estudio pretende encuestar a los adultos mayores y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de la investigación Ud. no se expondrá a ningún riesgo. Las respuestas solo serán utilizadas para tal fin y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

De aceptar participar en la entrevista lo hará de forma voluntaria, el documento entregado, contendrá un cuestionario que será contestado también voluntariamente y aplicado únicamente por mi persona. Caso contrario si Ud. desea retirarse antes, mediante o después del estudio podrá hacerlo sin ningún compromiso y seguirá siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía.

\_\_\_\_\_ He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

\_\_\_\_\_ Consiento voluntariamente formar parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en ninguna manera

mi cuidado médico.

Sírvase a continuación, anotar nombre, (s) apellido, (s) número de cédula de identidad, firma y fecha en que se le realizó la entrevista:

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

## **Anexo 2**

### **Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica. (GDS-15)**

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92 %, y la especificidad fue del 89 % cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ) (Sheikh & Yesavage 1986).

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4, 5 o 10 ítems).

La escala de depresión del adulto mayor test de yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268,

indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión.

Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?  
**SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que  
la mayoría de la gente? **SI / NO**

11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**

12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**

13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos, parece indicar depresión.

Un puntaje ≥ 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos, debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

- ✓ Normal: 0-5 puntos.
- ✓ Depresión leve: 6-9 puntos.
- ✓ Depresión severa: 10-15 puntos.

## Anexo 3

### Encuesta

Estimado paciente me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos pertenecientes a cuatro consultorios del Centro de Salud 25 de Enero, durante el periodo de enero a julio del 2018. Por lo que necesito su mayor colaboración actualizando los siguientes datos. De antemano le agradezco su participación.

1. Podría mencionar su(s) Nombre(s) y apellido(s) completos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué edad tiene actualmente?: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su sexo?: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su situación laboral actual? ?:

• Activo (a): \_\_\_\_\_

• Jubilado (a): \_\_\_\_\_

• Ama de casa: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su Estado civil actual ?:

• Soltero (a): \_\_\_\_\_

• Casado (a): \_\_\_\_\_

• Viudo (a): \_\_\_\_\_

• Divorciado (a): \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es su Nivel de instrucción?:

• Sin instrucción: \_\_\_\_\_

• Estudios primarios: \_\_\_\_\_

• Secundarios: \_\_\_\_\_

• Bachiller: \_\_\_\_\_



- Universitarios: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo se auto identifica, desde el punto de vista étnico?? Elija una de las siguientes:

- Indígena: \_\_\_\_\_
- Afro ecuatoriano (a): \_\_\_\_\_
- Negro (a): \_\_\_\_\_
- Mulato (a): \_\_\_\_\_
- Montubio (a): \_\_\_\_\_
- Mestizo (a): \_\_\_\_\_
- Blanco (a): \_\_\_\_\_

8. Factores de riesgo para depresión / Presente/ No presente.

- Sexo femenino: \_\_\_\_\_
- Económicamente no productivo (aquel que ya no trabaja):  
\_\_\_\_\_
- Dependencia económica (Aquel que no aporta económicamente a la familia y depende de ella para satisfacer sus necesidades básicas):  
\_\_\_\_\_
- Pluripatología (Padecer 2 o más enfermedades o problemas de salud, de manera simultáneas, crónicas e incurables):  
\_\_\_\_\_
- Polifarmacia (Usa tres o más medicamentos recetados en cualquier momento, incluyendo los medicamentos de origen natural):  
\_\_\_\_\_
- Inactividad física (Cuando se realiza menos de 150 minutos de

actividad física por semana):

\_\_\_\_\_

- Perdidas afectivas (Pérdida de un familiar y/o un ser querido, durante el último año):

\_\_\_\_\_

- Bajo apoyo social (Cuando no se recibe la ayuda de familiares, amigos o instituciones ante situaciones adversas):

\_\_\_\_\_

- Soledad (Condición de aislamiento físico, falta de relaciones interpersonales y una experiencia nada placentera para las personas que la experimentan):

\_\_\_\_\_

9. Clasificación de la familia según ontogénesis:

- Nuclear: \_\_\_\_\_
- Extensa o extendida: \_\_\_\_\_
- Ampliada o mixta: \_\_\_\_\_
- Monoparenteral: \_\_\_\_\_

10. Clasificación de la familia según número de integrantes:

- Pequeña: \_\_\_\_\_
- Mediana: \_\_\_\_\_
- Grande: \_\_\_\_\_

11. Clasificación de la familia según número de generaciones:

- Unigeneracional: \_\_\_\_\_

- Bigeneracional: \_\_\_\_\_
- Trigeneracional: \_\_\_\_\_

12. Tipo de Crisis Familiares Transitorias: Presente/No presente

- Muerte del primer cónyuge: \_\_\_\_\_
- Jubilación: \_\_\_\_\_
- Vejez: \_\_\_\_\_

13. Tipo de Crisis Familiares No Transitorias:

- Desmembramiento: \_\_\_\_\_
- Incremento: \_\_\_\_\_
- Desmoralización: \_\_\_\_\_
- Cambio Económico Importante: \_\_\_\_\_
- Problemas de Salud: \_\_\_\_\_

14. Relaciones internas o categorías del funcionamiento familiar:  
Alta/Media/Baja

- Cohesión: \_\_\_\_\_
- Armonía: \_\_\_\_\_
- Comunicación: \_\_\_\_\_
- Adaptabilidad: \_\_\_\_\_
- Afectividad: \_\_\_\_\_
- Rol: \_\_\_\_\_
- Permeabilidad: \_\_\_\_\_

#### Anexo 4

#### Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL):

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente).

SITUACIONES.	Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con 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 difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo 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					

Una puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestre en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Las relaciones internas o categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL son:

1. **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas domésticas.
2. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia para vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. **Rol:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociada por el núcleo familiar.
7. **Permeabilidad:** capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Dichas categorías quedaron distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran:

1. Cohesión: 1 y 8.
2. Armonía: 2 y 13.
3. Comunicación: 5 y 11.
4. Adaptabilidad: 6 y 10.
5. Afectividad: 4 y 14.
6. Roles 3 y 9.
7. Permeabilidad: 7 y 12.

Las relaciones internas o categorías quedaran distribuidas de acuerdo con los ítems que se exploran. Cuando las sumatorias de las dos respuestas vinculadas a la categoría correspondiente den un rango entre dos a cuatro, cinco a siete o de ocho a diez, se considerará baja, media y alta respectivamente.

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, Olver Moncayo Diego Hernán, con C.C: 1719331298 autor del trabajo de titulación: "Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero. Año 2018", previo a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de diciembre del 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Olver Moncayo Diego Hernán

C.C: 1719331298

## **REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y familiar de los adultos mayores deprimidos de cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud 25 de Enero. Año 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	Dr. Olver Moncayo Diego Hernán		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Jiménez Estrada Georgina		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de graduados en Ciencias de la salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 diciembre del 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	90
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria, adultos mayores y depresión		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Adultos mayores, depresión, factores de riesgo, familia/ elderly adults, depression, risk factors, family		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p><b>Antecedentes:</b> El incremento de la población adulta mayor, trae aparejado cambio en los patrones de morbilidad; sobre todo se aprecian las discapacidades físicas y mentales, que se incluyen entre los problemas de salud más importantes a enfrentar en la actualidad y dentro de ellos la depresión. <b>Materiales y Métodos:</b> Estudio observacional descriptivo trasversal. Incluyo 96 adultos mayores pertenecientes a los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud 25 de Enero de Guayaquil. Los datos fueron recogidos a través de la actualización de las historias clínicas, fichas familiares, así como la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario elaborado por el autor. <b>Resultados:</b> De los 96 adultos mayores estudiados, 56 presentaron depresión leve y 11 depresión severa, predominando el sexo femenino, los mestizos, los que tenían edades entre 65 a 69 años, los jubilados, los casados y los que tenían nivel primario de escolaridad. Los factores de riesgo que predominaron para desarrollar depresión fueron, que eran personas económicamente no productivas y el bajo apoyo social. Al clasificarse las familias predominaron las extensas, medianas y trigeracionales. Prevalcieron las crisis vinculadas a la vejez y por problemas de salud, así como las familias moderadamente funcionales y dentro de sus relaciones internas existía baja afectividad y armonía, entre sus miembros. <b>Conclusiones:</b> Más de la tercera parte de los adultos mayores tiene algún tipo de depresión, siendo mayor en el sexo femenino. Los factores de riesgo predominantes para desarrollar depresión, son los psicosociales.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-992468159	E-mail: dr_olver @ hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas		
	<b>Teléfono:</b> 043804600		
	<b>E-mail:</b> : posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			