



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

Depresión en el adulto mayor y factores asociados. Consultorio N° 5. Centro de Salud N° 4. Guayaquil, 2021.

AUTOR:

Prieto Cuesta, Clara Denisse

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de:
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTORA:

Medrano Allieri, Yadira Elizabeth

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Md. Clara Denisse Prieto Cuesta*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Md. Yadira Elizabeth Medrano Allieri

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
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Clara Denisse Prieto Cuesta

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Depresión en el adulto mayor y factores asociados. Consultorio N ° 5. Centro de salud N ° 4. Guayaquil, 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a 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, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Md. Clara Denisse Prieto Cuesta



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Clara Denisse Prieto Cuesta

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Asociación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores del consultorio N ° 5. Centro de salud N ° 4. Guayaquil, 2020.”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Md. Clara Denisse Prieto Cuesta

Original

Document Information

Analyzed document	PIRETO-CUESTACI/ANA-DEMANDE-2002.pdf ID:2659632
Submitted	2022-01-29T23:39:04.0000000
Submitted by	
Submitter email	clara.gonzalez@unijay.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	www.fordliver.com@forensitych.atkintel.com



Sources included in the report

Agradecimiento

Agradezco a Dios por las bendiciones y amor que me brinda, a mi familia por siempre estar conmigo apoyándome cada día, a mis ángeles en el cielo por su fuerza y protección.

A mi tutora la Dra. Yadira Medrano Allieri y a la Dra. Soledad Analuisa Salto, por su paciencia, ayuda y apoyo incondicional.

Al Dr. Yubel Batista y la Dra. Sanny Aranda por su entrega y su amor por la docencia, gracias por su comprensión en los momentos difíciles.

A mis amigos: Ricardo, Bella, Melina, Mafer, Gabriel, Sonia y Katty. Gracias por estos tres años llenos de anécdotas, alegrías, estrés y amistad.

Dedicatoria

A mi padre, que desde el cielo me sigue apoyando y amando incondicionalmente.

A mi madre, por su paciencia inagotable y su amor inconmesurable.

A mis hermanos y sobrinos, por ser siempre mi razón de vivir.

A mi mejor amigo Luis, por ser no solo mi garante solidario sino por su incondicional amistad y cariño.



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

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: Asociación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores del consultorio N ° 5. Centro de salud N ° 4. Guayaquil, 2021.
POSGRADISTA: Md. Clara Denisse Prieto Cuesta.
FECHA:

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

Observaciones: _____

Lo certifico:

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
1 INTRODUCCIÓN	2
2 EL PROBLEMA	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN.....	5
3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 GENERAL.....	6
3.2 ESPECÍFICOS.....	6
4 MARCO TEÓRICO	7
4.1 MARCO CONCEPTUAL.....	7
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	23
5 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	28
6 MÉTODOS	29
6.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.	29
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.	29
6.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	29
6.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	29
6.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30

6.5.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	30
6.5.2	Criterios de inclusión.	30
6.6	Procedimiento de recolección de la información	30
6.7	Técnicas de recolección de información	32
6.8	Técnicas de análisis estadístico.....	32
6.9	VARIABLES.....	33
6.9.1	Operacionalización de variables.....	33
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
8	CONCLUSIONES	52
9	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según edad y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	34
Tabla 2. Distribución de la población según etnia y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	36
Tabla 3. Distribución de la población según el estado civil y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	37
Tabla 4. Distribución de la población según ingresos económicos y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	38
Tabla 5. Distribución de la población según la ocupación y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	39
Tabla 6. Distribución de la población según el nivel de instrucción y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	41
Tabla 7. Distribución de la población según la existencia de comorbilidades y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	42
Tabla 8. Distribución de los resultados del tamizaje de depresión en los adultos mayores que acuden al Centro de salud N° 4. Año 2021.	43
Tabla 9. Distribución de la población según calidad de vida y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.	45
Tabla 10. Distribución de la percepción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud N° 4. Año 2021.	47
Tabla 11. Distribución de la población según calidad de vida y depresión. Centro de salud N° 4. Año 2021.	48
Tabla 12. Distribución de la población según funcionalidad familiar y depresión. Centro de salud N° 4. Año 2021.	50

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.....	58
ANEXO 2: Formulario de recolección de datos	60

RESUMEN

Antecedentes: El aumentar la esperanza de vida a nivel global se debe relacionar con la certeza de una calidad de vida adecuada. Las enfermedades crónicas y el entorno social del que forma parte son algunos de los factores que intervienen en su calidad de vida. En el Ecuador la demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor la misma fue del 39% según la encuesta SABE.

Métodos: El diseño de investigación utilizado es prospectivo, observacional, analítico y se basa en un estudio de casos y controles. Las herramientas utilizadas son las historias clínicas y se aplicará un cuestionario donde se incluye el APGAR Familiar, la Escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage, y la Evaluación de Calidad de Vida WOOQOL BREF.

Resultados: Los resultados de la escala geriátrica de Yesavage, demostró que el 33,6% de nuestra población no presenta depresión, el 50% tiene una probable depresión. Los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF demuestra que el 39,1% de la población estudiada tiene una baja calidad de vida, el 37,3% y solo el 23,6% considera como buena su calidad de vida. Los resultados del Apgar muestran que un 51,8 % presenta disfunción leve, el 37,2 % es funcional, y con 5,5 % se presentan disfunciones moderadas y severas. Existe asociación científica entre la depresión y la calidad de vida con un valor de $X^2= 32,206$ y $p= 0,000$. También existe asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar con un valor de $X^2= 52,902$ y $p= 0,000$.

Palabras Clave: ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN, CALIDAD DE VIDA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

ABSTRACT

Background: Increasing life expectancy globally must be closely related to the certainty of an adequate quality of life. Chronic diseases and the social environment of which it is part are some of the factors that intervene in their quality of life. In Ecuador dementia and depression have a high prevalence in the elderly, it was 39% according to the SABE survey.

Methods: The research design used is prospective, observational, analytical and based on a case-control study. The tools used are the medical records and a questionnaire will be applied which includes the Family APGAR, the Yesavage Geriatric Rating Scale for Depression, and the WOOQOL BREF Quality of Life Assessment.

Results: The results of the Yesavage geriatric scale, where it was shown that 33.6% of our population does not have depression, 50% have probable depression and only 16.4% have stable depression. The results of the WHOQOL-BREF questionnaire applied to the elderly population shows that 39.1% of the population studied has a low quality of life, 37.3% answered that it was medium and only 23.6% considered their quality of life good. quality of life. Family Apgar results in the older adult population sample, where 51.8% present mild dysfunction, 37.2% are functional, and 5.5% present moderate and severe dysfunction. There is a scientific association between depression and quality of life with a value of $X^2 = 32.206$ and $p = 0.000$. There is also a scientific association between depression and family functionality with a value of $X^2 = 52.902$ and $p = 0.000$.

Keywords: SENIOR ADULT, DEPRESSION, QUALITY OF LIFE, FAMILY FUNCTIONALITY

1 INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación se realiza con el fin de determinar la depresión en los adultos mayores y sus factores asociados en el consultorio N° 5 del Centro de Salud N° 4, en la ciudad de Guayaquil durante el año 2021. El interés por este, surgió a medida del incremento en frecuencia de las atenciones a adultos mayores, con esto se determinó que su estado de vulnerabilidad los prioriza para obtener un oportuno diagnóstico de depresión y con ello lograr reconocer las variables que se asociaron al desarrollo de esta patología.

Actualmente, a nivel mundial el número de adultos mayores ha aumentado con el pasar del tiempo, porque hay un incremento en la esperanza de vida. En cuanto a los países subdesarrollados de América, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) indicó que el número de habitantes pasará de 635 millones en la actualidad a 793 millones en 2061. Guatemala, Bolivia y Ecuador son los países que aumentarán porcentualmente su población adulta mayor estimadamente para el año 2091 (1).

El aumentar la esperanza de vida a nivel global se debe relacionar íntimamente con la certeza de una calidad de vida adecuada, en la actualidad, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres En Ecuador se considera que 7% de los pobladores tienen más de 65 años, formando parte de la estadística (2).

Las enfermedades crónicas, la multifarmacia a la que se somete esta población por gran parte de tiempo y el entorno del que forma parte son ciertos de los factores que se encuentran involucrados en su calidad de vida. En el Ecuador, la población adulta mayor, tiene alta prevalencia de demencia, estimando alrededor de 39% según la encuesta SABE (2).

Que existan síntomas depresivos en los adultos mayores implica que estos acudan frecuentemente al médico, que aumente la administración de fármacos, aumentando costos para ellos y el sistema sanitario, por lo que el prevenir, diagnosticar y tratar precozmente esta enfermedad es de vital importancia para todos (3).

El determinar los factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores podría permitir que los profesionales de la salud y los creadores de políticas públicas puedan optimizar los recursos que se disponen, crear programas que se enfoquen en el cuidado y mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, pero sobre todo lograr que la prevalencia de la depresión en este grupo poblacional no siga en aumento.

Para desarrollar este trabajo de titulación se realizará un estudio mixto; la parte cuantitativa es observacional, analítica, y la parte cualitativa es descriptiva. El diseño de investigación utilizado en este trabajo de titulación es observacional, analítico y se basa en un estudio de prevalencia o de corte transversal. Las herramientas utilizadas para obtener los resultados son las historias clínicas y entrevistas a la población estudiada. También, para recolectar los datos se aplicará el APGAR Familiar, la Escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage, que se utilizará para la estimación de los síntomas depresivos en su versión reducida de 15 ítems y el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida WOOQOL BREF. El procesamiento de los datos se realizará a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019). Se utilizarán números absolutos y proporciones para el resumen de las variables cualitativas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizará, para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$).

2 EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Los trastornos depresivos y la demencia son las patologías neuropsiquiátricas más prevalentes en los adultos mayores. Para el año 2050 aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, esperándose que el porcentaje de adultos mayores incremente de un 10 % a un 21 % y como resultado una inversión de la pirámide poblacional. Su prevalencia va a variar dependiendo del desarrollo socioeconómico de cada país, es concebible que sea más común en los países que se encuentra en vías de desarrollo. Uruguay fue considerado el país con mayor población de adultos mayores del continente americano, pues, el 17% de su población tiene más de 60 años mientras que el 13% supera los 65 años. Mientras que en el Ecuador según la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009- 2010 existen 1.229.089 adultos mayores (4).

En el adulto mayor la depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad que poseen como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, u osteoporosis y también las capacidades funcionales incluyendo discapacidad física y social (5). La importancia de llevar a cabo el presente trabajo de investigación en el Centro de Salud N° 4, es debido a la necesidad que existe en la actualidad de captar las personas en riesgo de depresión y aplicar en ellas estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de esta población (6).

Con los resultados a obtener en el presente trabajo de investigación, se puede aportar al desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sido diagnosticados con depresión, con esto también se busca poder establecer medidas para prevenir el desarrollo de esta enfermedad en esta población vulnerable.

2.2 Formulación

¿Existe asociación entre la depresión, la calidad de vida y la funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden al consultorio N° 5 del Centro de salud N° 4?

3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Asociar la depresión con la calidad de vida y la funcionalidad familiar en los adultos mayores del consultorio N° 5 del Centro de salud N° 4.

3.2 Específicos

1. Caracterizar a la población de estudio según variables sociodemográficas y comorbilidades.
2. Categorizar la depresión de los adultos mayores.
3. Identificar la calidad de vida en la población de estudio.
4. Establecer la funcionalidad familiar en los adultos mayores.
5. Determinar la posible asociación entre la depresión, calidad de vida y funcionalidad familiar en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

El envejecimiento poblacional se está presentando en todo el planeta en la actualidad, esto lo ha convertido en forma rápida y espontánea en un problema sanitario que merece atención oportuna. Debido al incremento de la esperanza de vida y al progresivo decremento de la tasa de fecundidad, la población adulta mayor se ha incrementado a gran escala, siendo la proporción de personas mayores a sesenta años la que ha aumentado más rápidamente que cualquier otro grupo de edad. (7) Por esto, es importante crear políticas que aseguren el acceso a la salud oportuno y una correcta calidad de vida para las personas mayores.

Pues, no hay estudios congruentes que aseguren que actualmente los adultos mayores tienen una mejor calidad de vida que la de sus padres, pero si hay una notable reducción de la discapacidad grave sobretodo en los países de altos ingresos en relación a los últimos 30 años. Sin embargo, no se ha notado disminución alguna en la discapacidad ligera o moderada. (8)

Según la OMS, la calidad de vida se define como: "La percepción de cada individuo ante el lugar en el que existe, la cultura a la que pertenece, el sistema de valores que posee y los valores relacionados con sus metas, expectativas, sus normas, sus inquietudes. Sin duda, este se encuentra influenciado por la salud física, el estado mental, la independencia, las relaciones sociales y con su entorno, incluyendo los elementos que lo conforman". Por esto, la calidad de vida se conoce como el estado de bienestar físico, Social, emocional, espiritual, intelectual y profesional, para que las personas puedan satisfacer adecuadamente sus necesidades tanto individuales como colectivas. (9) La realidad implica que la población adulta mayor ha crecido consistentemente en los últimos años y se prevé que esta vaya incrementando, gracias a los avances de la ciencia, de la medicina, de la nutrición y a estilos de vida favorables; sin embargo, este incremento de esperanza de vida lleva consigo responsabilidades implícitas que no

puede estar oculto, como el alto costo del envejecimiento, que puede ser compensado con la calidad de vida. Existe diversidad en la vejez, esta se debe a la herencia genética o a las decisiones tomadas por las personas durante su vida, sin embargo, estas son el resultado de influencias que usualmente están fuera de su control o de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden afectar directamente la salud a través de obstáculos o incentivos que afecten las oportunidades, las decisiones y el comportamiento.

Actualmente la sociedad experimenta cierta negación al envejecimiento, la misma que se demuestra en desequilibrios psicológicos individuales, es decir la deficiente aceptación del hombre a su realidad, así como la poca empatía hacia este importante grupo de la población. (10) El adulto mayor suele experimentar la sensación de no ser tomados en cuenta por los demás, y que los demás no cuentan con él, siendo en el núcleo familiar donde poco a poco su presencia no es tan necesaria, además del deterioro de funcionalidad y autonomía que limitan la capacidad de realizar sus actividades diarias.

Existe un cierto grado de discriminación, la misma que está caracterizada por los atributos negativos de la improductividad, la ineficiencia, la enfermedad y la decadencia general, así entonces, el envejecimiento no solo es parte de las etapas naturales del ciclo de vida, esta forma parte de un proceso lleno de amenazas y degradaciones, y esta situación no es agradable. Este grupo de personas está experimentando cambios físicos, psicológicos y sociales, que los hacen formar parte de una población vulnerable, entendiendo por vulnerabilidad.

Los adultos mayores se exponen notablemente a enfermedades crónicas degenerativas que a su vez paulatinamente se vuelven en incapacitantes, y también, frecuentemente estas se asocian a dependencia económica y a pobreza. Muchos adultos mayores también

presentan pérdida de las capacidades tanto físicas como mentales que disminuyen su autonomía. (11)

A su vez, los adultos mayores concentran el grupo con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial; además, se incrementa el número de individuos con trastornos mentales, cognitivos y del comportamiento, lo que hace más difícil su cuidado a largo plazo. Asimismo, se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con síntomas depresivos. Aspectos como baja puntuación en la calidad de vida, no tener alguna formación académica, presentar un deterioro funcional, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas, así como la comorbilidad con procesos de ansiedad se observaron asociados con mayor posibilidad de presencia de síntomas depresivos por parte del adulto mayor institucionalizado.

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y

tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.
(3)

Envejecimiento.

El envejecimiento individual es un proceso diferencial multidimensional y complejo que se refiere a cambios permanentes en el transcurrir de la vida; todas las personas envejecen los 365 días de cada año y durante la totalidad de sus vidas. El envejecimiento, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos (4). Esta definición incluye aspectos determinantes en el proceso de envejecimiento, también, los factores económicos, culturales y políticos, como, las condiciones y los estilos de vida los cuales son fundamentales en la calidad del vivir-envejecer.

Las definiciones de vejez y de lo que se entiende por “haber vivido mucho tiempo”, dependen del contexto y del grupo poblacional al cual pertenezca. Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo.

La Teoría de la Actividad. Sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable; el envejecimiento exitoso depende de mantener niveles actividad física y mental y en compensar las pérdidas sociales durante la vejez. En este enfoque se considera que las personas mayores han perdido gran parte de la función que tradicionalmente cumplían en la sociedad y en la familia. Esto explica que la felicidad del individuo o satisfacción en la vejez dependerá de la interacción social; reconociendo elementos ambientales y características personales como propias de la vejez (5)

Por otra parte, se reconoce la importancia de las diferencias interindividuales que imposibilitan categorizar un único patrón de envejecimiento, es decir, de un proceso que se expresa de manera diferente en personas diferentes. Así, mientras algunas personas pueden experimentar problemas crónicos de salud, declives cognitivos o pérdidas psicosociales desde edades relativamente tempranas, otras llegan a edades muy avanzadas sin mostrar estas pérdidas, sin que afecten a su funcionamiento cotidiano o incluso experimentando ganancia.

Por último, se encuentra la capacidad adaptativa, la cual hace referencia a un proceso activo en el que el individuo es capaz de cambiar sus propias circunstancias y hasta cierto punto, dentro de los límites marcados por restricciones biológicas y culturales.

Depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud, (2014), “la depresión se define como un trastorno mental repetitivo, que tiene características como son, pérdida de interés o placer, tristeza culpabilidad, pérdida del sueño o apetito, cansancio y dificultad para concentrarse. Esta puede volverse crónica o recurrente y dificultar el desempeño a nivel escolar o laboral y la capacidad del sujeto para afrontar las diferentes dificultades de su vida.” (6)

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominancia afectiva, es decir, tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la vida ya sea en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo somático, por lo que podemos hablar de unas afectaciones a nivel global enfatizando de manera especial en la esfera afectiva.

El estado anímico deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos. El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del individuo para aportar a los

estados psíquicos un tono agradable, o desagradable, un estado emocional subjetivo del individuo. Evidentemente en la depresión el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas típicos. Una de las características principales es el descenso del estado de ánimo, aunque el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. “Esta distinción es muy importante porque la depresión sintomática está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos”

Las características que se presentan en un adulto mayor con depresión pueden ser algo evidente, tales como pérdidas de peso, insomnio, ideas delirantes en los más graves cuadros psicóticos. Sin embargo, puede ser la antesala a una enfermedad somática (enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, hipertiroidismo, etc.). Además, la depresión se puede inducir por el uso de fármacos y puede presentar deterioro cognitivo, es decir, un menor rendimiento intelectual semejando una demencia. Así mismo la depresión varía desde una ligera intranquilidad, abatimiento en forma ligera hasta la más profunda tristeza, el anciano que no es feliz tiene un sentimiento de incapacidad, inutilidad y pierde el interés por las actividades habituales. En la depresión más profunda hay una tensión constante y muy desagradable; cada día se acompaña de pena, y el individuo se muestra temeroso, angustiado, preocupado, agitado y padecer sufrimiento físico y emocional.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud, los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que

la persona deprimida recupere la capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en las relaciones cotidianas, ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores.

Factores de riesgo.

Entre los factores que influyen sobre la calidad de vida de los adultos mayores, están las relaciones familiares y los apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y los factores socioeconómicos. Los mismos que están relacionados con la autonomía, el poder controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias; es decir, si el adulto mayor mantiene la capacidad para desempeñar funciones relacionadas con su diario vivir, mejora su calidad de vida. El problema es la pérdida de los años de vida saludable, resultado de que los sistemas de salud y de seguridad social no están preparados para proveer una vida independiente y cuidados de largo plazo a quienes lo necesitan. Para que los adultos mayores alcancen y tengan una vida plenamente funcional, no solo necesitan tratar las enfermedades sino vivir en ambientes que optimicen el desarrollo de todo su potencial. (12)

En unos pocos casos, la aparición repentina de una depresión en una persona mayor sin ningún acontecimiento o suceso triste que la provoque puede tener el origen en que la química del organismo está siendo afectada por una enfermedad física que todavía no es aparente. Ocasionalmente, estas enfermedades pueden ser endocrinas como los trastornos tiroideos o bien pueden ser un efecto secundario. La depresión viene dada por numerosos factores sociales determinantes en su desarrollo. Por lo tanto, es necesario definir qué fenómenos sociales de las últimas décadas están determinando la aparición de la depresión en cada persona, se refiere a los siguientes fenómenos sociales:

dificultades económicas, alto índice de desempleo, inseguridad social, marginación, carencia de proyectos, marcado individualismo, ruptura de redes sociales, desaparición de lugares de pertenencia.

La depresión es alrededor de 3 veces más común en pacientes con enfermedad cardiovascular y está asociada también a un peor pronóstico y a un mayor número de complicaciones, estudios han mostrado que las intervenciones en pacientes con depresión y enfermedad cardiovascular han resultado ser muy eficaces. La depresión está asociada a un aumento de la mortalidad en pacientes que tienen cáncer o que son diagnosticados con cáncer. Otro factor importante es que si bien los pacientes con cáncer y depresión intentan con menos frecuencia el suicidio comparado con pacientes jóvenes si está demostrado que tienen más éxito cuando lo intentan. Se ha demostrado que los pacientes con diagnóstico de depresión tenían un riesgo mayor de 1,5 veces de padecer demencias, los síntomas depresivos pueden ser un factor que determine el inicio de las demencias (13).

Los adultos mayores que viven con personas no cercanas al núcleo familiar, que cuentan con poco apoyo de sus familias o que no se sienten tan satisfechas con dicho apoyo, tienden a presentar más síntomas de depresión que quienes cuentan con un apoyo familiar más cercano y satisfactorio. Esto pudiera deberse a que, en la vejez, las personas se encuentran cada vez con más limitaciones físicas, aumentando la importancia de los amigos y familiares para responder a las actividades instrumentales cotidianas, para la alta autoestima y la gratificación positiva que resulta de los lazos interpersonales. (14)

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

El abuso del alcohol puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

La proporción y la complejidad de la depresión en esta población, que a menudo es vulnerable debido al proceso de envejecimiento humano en sí y a la convivencia con pérdidas y enfermedades, requiere atención de la salud física y mental. En una revisión que tuvo como objetivo evaluar las implicaciones de resiliencia en la población anciana, los resultados han sugerido que los perfiles resilientes y de afrontamiento son relevantes en la recuperación de eventos estresantes, además señalan que los bajos niveles de depresión y desesperanza están relacionados con bajos niveles de resiliencia. Durante la vejez, las personas mayores están susceptibles a múltiples factores de riesgo de depresión. Se cree que los que tienen reservas y características resistentes, como el control emocional, el optimismo, el mantenimiento de las relaciones sociales y la autonomía, pueden lograr mejores resultados en el manejo de situaciones precursoras de síntomas depresivos.

Características de la depresión en el adulto mayor.

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general (cónyuge, amistades, trabajo) o por el tipo de personalidad. Existe la depresión mayor, la que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que se realizan, cambios en la pérdida o ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de la energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte.

Con los cambios propios del envejecimiento tanto en la esfera biológica como fisiológica en los Adultos Mayores, su entorno psíquico se afecta, el cual se presenta mediante síntomas depresivos y se refleja en estados de ánimo como tristeza, frustración y muchas veces se sienten inútiles. Este deterioro psicológico se debe en la mayoría de los casos a que atraviesan las crisis de pérdida como; finalizar su vida productiva, la partida de sus hijos por matrimonio, viaje o estudios, el fallecimiento del cónyuge, familiares o amigos. Los adultos mayores muestran mayor grado de dependencia de las personas que los rodean dándose cambios frecuentes del domicilio ya sea de los hijos o de instituciones muchas de las veces en contra de su voluntad ya que los ancianos se sienten personas vulnerables.

A diferencia de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de los genes es mucho menor en la depresión de las personas mayores. Probablemente, el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido previamente una cuando se era más joven. En ocasiones, la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez.

La ansiedad suele ser más frecuente en el adulto mayor con depresión mayor que en el adulto joven.

- Las personas de edad tienden a no reportar las alteraciones del afecto, por considerarlas parte del envejecimiento, o porque no aceptan el sentirse tristes.
 - El retardo psicomotor, usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en algún paciente de mayor edad, de manera que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.
 - Los síntomas somáticos suelen ser prominentes en la depresión geriátrica. Los más comúnmente reportados son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos.
 - Las alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias en el adulto mayor, en particular si hay deterioro asociado. La pseudodemencia depresiva (máscara cognitiva de presentación de la depresión) debe ser cuidadosamente diferenciada de la demencia de reciente inicio.
 - La ideación pesimista es común y puede alcanzar niveles nihilísticos.
 - Asimismo, la ocurrencia de síntomas hipocondríacos es frecuente (65%) y las alucinaciones y delirios pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad). En general los síntomas psicóticos son más frecuentes que en los individuos más jóvenes.
- (15)
- En esta etapa final de la vida, la desesperanza y la depresión aparece más comúnmente en hombres ya que por su cambio de roles, inactividad forzada, ya no son participantes en la toma de decisiones caso que no sucede en las mujeres ya que tienen redes de apoyo más estables.

Síndrome de disfunción ejecutiva-depresión.

La función ejecutiva se refiere a la capacidad implicada en la planificación, organización, dirección y evaluación de las conductas en todo momento que permite tomar decisiones, resolver situaciones nuevas, imprevistas y constantemente cambiantes. La base neuroanatómica y fisiológica la constituyen los circuitos frontosubcorticales (conexiones entre el lóbulo frontal y sistema límbico compuesto por núcleos de la base, amígdala entre otras estructuras).
(16)

El síndrome de disfunción ejecutiva-depresión, se ha conceptualizado como una depresión mayor con importantes disfunciones frontoestriatales y rendimientos cognitivos globales inferiores a sujetos que sólo cursan con depresión, cuyo perfil neuropsicológico contempla en la esfera cognitiva, dificultades en tareas de fluencia verbal, denominación por confrontación, atención selectiva y alternante, iniciación conductual y control inhibitorio, junto con dificultades en la selección de estrategias adecuadas y presencia de respuestas perseverativas. En la esfera afectiva, se incluyen la lentificación psicomotora y la disminución de interés en actividades habituales y se excluyen los síntomas vegetativos (sueño y apetito). En la esfera funcional se documenta un deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria, siendo la pérdida de interés y la lentificación psicomotora los factores que contribuyen en mayor medida a esta disminución.

Se relaciona con este cuadro una pobre respuesta a antidepresivos, tendencia a recaídas y episodios recurrentes, presencia de depresión subsindrómica y peor pronóstico: de ahí la necesidad de generar propuestas terapéuticas y re rehabilitadoras no farmacológicas e implementarlas como una alternativa de tratamiento.

Diagnóstico.

Pueden ser utilizados para el diagnóstico los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación

Americana de Psiquiatría (DSM-IV), que distingue episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor. En el episodio depresivo mayor el estado de ánimo deprimido dura al menos dos semanas, se presentan en él por lo menos cinco síntomas de nueve del listado correspondiente y debe estar incluido el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o capacidad para el placer; pero, además, los síntomas no deben corresponder a un episodio mixto, deben provocar deterioro social o de la actividad, no deben ser causados por fármacos o sustancias.

El instrumento seleccionado para la estandarización es la escala de Depresión de Yesavage (versión reducida), conocida también con el nombre de GDS - 15. La escala de Depresión Geriátrica (versión reducida) Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose. Se considera el único autoinforme construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivoconductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto mayor. Esta variable es medida a través de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) la cual categoriza la depresión en tres niveles: normal (0 a 5), probable depresión (6 a 9), depresión estable (10 o más). En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad ínter cintra-observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte 5. González, Gil, Carrasco y García citados por Uribe Rodríguez y Buela Casal, establecen que las ventajas encontradas son: primero, no mide estados de ánimo pasajeros; segundo, no se ha encontrado relación entre la discapacidad social y la puntuación, y por último, la forma de instrucción no afecta significativamente los resultados. (17) Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el manejo general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión, ya que nos detecta

síntomas depresivos, para poder continuar con la evaluación del paciente y confirmar o no una depresión mayor.

Otra herramienta que será utilizada en este trabajo de investigación es el WHOQOL que ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países.

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo.

El WHOQoL- Bref está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una inquiriere sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y las 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida, siendo estos salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas).

Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 130. En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 130, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala. **(18)**

El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

La familia desempeña un papel importante en la generación o prevención de enfermedades, como también en su tratamiento y rehabilitación. Por esto si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social, pueden ser determinantes en la evolución y pronóstico de de las diferentes patologías. Según Díaz, Tabares y colaboradores, a mayor edad se aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar, lo que es aún más acentuado cuando hay una baja escolaridad.

Es un percibir en general que la existencia de disfunción familiar aumenta la presencia de depresión en los miembros de la familia; en general los estudios que investigan a cerca de esto se realizan principalmente en adolescentes, pero los datos en adultos mayores son muy escasos. Los adultos mayores al verse relegados, y sintiendo que ya no cumplen una función importante en sus familias, la cual es más acentuada en familias en que conviven muchas generaciones, crean sentimientos de tristeza y de desesperanza, los cuales pueden hacer parte del inicio o de la exacerbación de trastornos depresivos.

La atención del adulto mayor debe abordarse con una visión multidimensional tomando en cuenta elementos económico-sociales, biológicos, culturales y familiares que le ayuden a incrementar su estado de bienestar. Una vez que las personas mayores cuentan con mejor

estado de salud, con apoyos económicos institucionales y redes de apoyo funcionales, podrán enfrentar más y de mejor manera situaciones estresantes, sin llegar a establecer un proceso de depresión como tal. El estudio mostró que aún con la presencia de una familia integrada y sin experimentar el aislamiento social, los adultos mayores presentan depresión. El hecho de que existan síntomas depresivos aún en ambientes familiares, se debe a que la mayoría de las veces los adultos aún se encuentran en una atmósfera como jefes de familia y proveedores, no sólo de los hijos sino también de los nietos, condición que les genera estados depresivos bastante importantes.

El adulto mayor puede mostrar cambios físicos en su estatura, masa magra y muscular, endócrinos, cardiovasculares, osteomusculares y en su sistema nervioso; cambios que también impactan en su estado emocional y que influyen para una mayor o menor discapacidad física y mental. Los resultados de esta investigación revelaron que la presencia de dos o más padecimientos crónico-degenerativos (comorbilidad) influye en los niveles de depresión; se menciona que no es propiamente el proceso de envejecimiento el que se relaciona con síntomas depresivos, sino que éstos se deben a circunstancias asociadas como la pérdida de la salud, la pérdida de amistades y una reducción importante en los ingresos.

Es esencial implementar programas multidisciplinarios para el abordaje integral de los adultos mayores que puedan atender lo referente a la nutrición, activación física, tratamiento médico pero también se requiere la implementación de “psicogerontología” como nueva política pública en salud que favorezca prácticas recreativas como la música, el baile, yoga, juegos de mesa, actividades que incrementen sus estados de felicidad, con un sueño reparador y mejores relaciones de familia para las actuales y nuevas generaciones de adultos mayores.

4.2 Antecedentes investigativos.

Las personas adultas mayores son las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años de edad o más. Según el censo de 2010 en el Ecuador este grupo poblacional era de 940.905 lo que representaba el 6,6% de la población total. Las personas de sesenta y cinco años de vida o más, según la Constitución, son un grupo de atención prioritaria. Acorde con ello deben recibir atención especializada de calidad. Tienen varios beneficios, entre ellos la exención o devolución del pago del impuesto a la renta, el pago de tarifas reducidas en espectáculos públicos, transportes y el acceso preferencial a varios servicios de salud. Algunos cuentan con seguridad social, un pequeño porcentaje cuenta con seguridad privada mientras que otros acceden a la pensión jubilar no contributiva. No obstante, en su mayoría las personas adultas mayores no tienen ninguno de estos servicios y prestaciones. (19)

En cuanto a la caracterización de los adultos mayores de nuestro país tenemos que:

- 45 % en condiciones de pobreza y extrema pobreza por NBI.
- El 42 % vive en el sector rural.
- 14,6 % de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo.
- 14,9 % son víctimas de negligencia y abandono (PNBV).
- 74,3 % no accede a seguridad social de nivel contributivo. (20)

La constitución del Ecuador del 2008 reconoce y garantiza los siguientes derechos a las personas adultas mayores:

- A no ser discriminados por ser personas adultas mayores (a partir de los 65 años)
- Atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.
- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

- El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
- La jubilación universal
- Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos
- Exenciones en el régimen tributario
- Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley
- El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento
- Derecho al voto, facultativo
- Derechos a una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. (21)

Alba y otros (2017) observan que aproximadamente un 1,2% de las personas mayores de Colombia viven en hogares geriátricos, y califican su calidad de vida a partir de dimensiones físicas, psicológicas, relacionales y de entorno. Para identificar estos factores los autores emplearon el instrumento usado por la OMS para medir la calidad de vida, y se hicieron comparaciones entre sus indicadores sobre la base de un estudio cualitativo y descriptivo con personas de 60 años o más. Se observó que en los municipios de Cajicá y Tenjo se experimentaba una mayor calidad de vida, si bien se daban bajas calificaciones en las dimensiones psicológica y relacional. Los resultados más reveladores apuntaban que no existía una correlación entre la edad y la calidad de vida ni diferencias significativas entre los sexos dentro de la muestra, lo cual coincide con algunos de los resultados hallados en esta investigación. (22)

En concordancia con los lineamientos dados en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en el año 2000 se conformó en el Perú una comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM), que desde el 16 de junio de

2013 cuenta con el PLANPAM 2013-2017: “Promoviendo el envejecimiento activo y saludable”, el cual está vigente y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores; todo ello basado en cuatro políticas nacionales esenciales: a). envejecimiento saludable; b). empleo, previsión y seguridad social; c). participación e integración social, y d). educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. Este plan ha sido elaborado considerando los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. (23)

Para la salud pública determinar los factores asociados a la depresión es muy importante debido a que no es solamente que la depresión tenga un impacto importante en la comorbilidad y la mortalidad, sino que también está demostrado que aumenta los costos en salud. El aumento del costo en pacientes deprimidos varía entre 43% a 52% más con respecto a los pacientes no deprimidos después de haber sido ajustado a enfermedad médica crónica con un promedio de 763 a 979 dólares en costos ambulatorios y 1045 a 1700 dólares en costos institucionales enfocados en pacientes ancianos. El costo anual de la depresión varía de 1000 a 2500 dólares al año de costos directos, 200 a 3700 al año de dólares de comorbilidades y 200 a 400 dólares de mortalidad, sin tener en cuenta los costos de la disminución de la calidad de vida y el efecto en la familia. Enfocar medidas de prevención en grupos de alto riesgo puede disminuir la incidencia de la depresión y ser una estrategia costo efectiva, iniciar el diagnóstico y tratamiento en la atención primaria ha mostrado ser una medida costo efectiva, estudios han mostrado que el impacto por la reducción de un QALY (año de vida ajustado a calidad de vida) puede ser de entre 2500 y 49500 dólares. (13)

El tiempo por el cual se mantienen los síntomas depresivos también es una variable a considerar en el impacto en las AVD. En un estudio prospectivo se observó que aquellos sujetos que mantienen o aumentan sus síntomas depresivos en un periodo de 3 años presentan un mayor

incremento en la dependencia funcional en el tiempo (Grupo con síntomas persistentes $n = 88$, $OR = 5,27$, $95\%IC = 3,03-9,16$; Grupo con síntomas depresivos temporales $n = 217$, $OR = 2,39$, $95\%IC = 1,55-3,69$), que aquellos que no presentan síntomas depresivos ($n = 322$). Por el contrario, un cambio positivo de la capacidad funcional se relaciona con menores síntomas depresivos (una reducción del 43% en la puntuación de CES-D, $p < 0,01$). Una explicación a esto es la angustia que genera en el sujeto el depender de un tercero para ejecutar sus actividades. (24)

La presencia y grado de severidad de enfermedades y condiciones de salud que pueden generar discapacidad es proporcional de la presencia de síntomas depresivos, donde se incrementa notablemente ante condiciones de salud asociadas, especialmente si estas son crónicas.

La depresión en adultos mayores se comporta diferente a la de pacientes jóvenes. Los adultos con depresión refieren más síntomas como pérdida de apetito pérdida de interés en actividades sexuales y menos síntomas de tristeza, aburrimiento y miedo. La depresión en los adultos se conoce por algunos autores como la depresión sin tristeza.

La prevalencia de la depresión en adultos mayores es menor que en otros grupos de edad, sin embargo, su impacto es considerable. Los estudios que han utilizado criterios para la prevalencia de depresión mayor han encontrado prevalencias entre el 1 y el 3%. Mientras que los estudios que han utilizado herramientas exclusivas para los adultos mayores han encontrado prevalencias de 11 al 16% Lo más importante es que la depresión disminuye la expectativa de vida en 6,5 años cuando se presenta en pacientes jóvenes y en 2,2 años en pacientes mayores. La depresión aumenta el riesgo de mortalidad en adultos mayores con riesgos relativos (RR) que varían entre 1.5 y 2.5. Se ha asociado a múltiples comorbilidades. La presencia de enfermedades crónicas es un factor de riesgo para la depresión $OR 1.53$. Algunos estudios han mostrado que los pacientes con depresión tienen más riesgo de

presentar alteraciones cardiovasculares y cognitivas y puede representar una fase prodrómica de la demencia. (13)

El estudio comprendió una muestra de 594 adultos mayores, 411 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 183 de los Servicios de Salud de Zacatecas la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años en ambas instituciones. De igual forma, la depresión fue independiente del estado civil de los encuestados tanto en la clínica del IMSS. El entorno familiar es de suma importante en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo tanto, se estudió la asociación entre la depresión con el estatus familiar de los participantes. Sin embargo, el análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS ($\chi^2 = 6.51$; $p < 0.038$). Este resultado contrastó con la respuesta de los adultos mayores encuestados en la clínica del SSZ, donde la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ($\chi^2 = 4.68$; $p < 0.096$)

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La calidad de vida y la funcionalidad familiar influyen en el desarrollo de depresión en los adultos mayores atendidos en el consultorio N° 5 del Centro de Salud N° 4 de la ciudad de Guayaquil.

MÉTODOS

6.1 Nivel de la investigación.

El nivel de investigación utilizado para este proyecto es relacional.

6.2 Tipo de investigación.

Para lograr determinar la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión se realiza un estudio: Observacional, prospectivo, de corte transversal y analítico.

6.3 Diseño de investigación.

El diseño de investigación utilizado en este trabajo de titulación se basa en un estudio de casos y controles.

6.4 Justificación de la elección del método

Los métodos escogidos brindan factibilidad para llevar a cabo la investigación, ya que sirvieron para solucionar la pregunta de investigación como lo es: ¿Existe asociación entre la depresión, la calidad de vida y la funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden al consultorio N° 5 del Centro de salud N° 4? Debido a que el objetivo de la misma, es la asociación entre la calidad de vida, la funcionalidad familiar y la depresión en los adultos mayores por lo que su nivel de investigación es relacional. Se miden una sola vez las variables (transversal), es un estudio analítico. Y el diseño de investigación se basa en el estudio estudio de casos y controles. Para obtener los resultados de este trabajo de investigación se estudiará a la población mayor de 65 años que acude al consultorio N° 5 del Centro de Salud N° 4 de la ciudad de Guayaquil y se observarán los casos de los pacientes diagnosticados con depresión y los que no. Con esto, se analizarán los factores que influyen en la calidad de vida y funcionalidad familiar en ambos grupos y como estos se relacionan o no con el desarrollo de depresión durante el transcurso del año 2021.

6.5 Población de estudio.

Hombres y mujeres mayores de 65 años que acuden al consultorio N°5 del Centro de Salud N°4 de la ciudad de Guayaquil durante el año 2021.

6.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población de estudio es de 110 personas, que corresponden a todos los adultos mayores que residen en el territorio asignado al consultorio 5, perteneciente al Centro de Salud N° 4.

6.5.2 Criterios de inclusión.

1. Personas que muestren su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
2. Personas que residan de manera permanente en el sector correspondiente al consultorio 5 de Medicina Familiar del Centro de Salud N°4.

6.5.3 Criterios de exclusión

1. Personas con deterioro de sus funciones cognitivas debido a enfermedades incapacitantes que no permitan la comprensión de las entrevistas.
2. Adultos mayores que luego de dos citas al centro de salud y dos visitas a su domicilio no sea posible contactar.

6.6 Procedimiento de recolección de la información

Se revisarán las historias clínicas de los adultos mayores verificando que tengan más de 65 años de edad. Se registrarán los datos sociodemográficos.

La Escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage, se utilizará para la estimación de los síntomas depresivos en su versión reducida de 15 ítems considerando los puntajes 0-5 normal, 6-9 probable depresión, 10 o más depresión estable.

El Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida WOOQOL BREF. Esta escala ha sido validada en diversos estudios en todo el mundo, la misma que da un perfil de la calidad de vida en cuatro áreas: psicológica, relaciones sociales, física y ambiente, el mismo que consta de 26 preguntas siendo estos: ambiente, salud física, salud psicológica y relaciones sociales. Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 130. En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 130, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala. Los dominios son: baja (69 y menos), media (70 – 99) y alta (100 – 130). También, se utilizará como instrumento el APGAR FAMILIAR que evalúa la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de la satisfacción del entrevistado respecto a sus relaciones familiares. Consta de cinco ítems tipo Likert (0 = nunca, 1 = casi nunca y 2 = algunas veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre). Los puntos de corte son los siguientes: Puntuación de 17 – 20 (función familiar normal), puntuación de 16 – 13 (difusión familiar leve), puntuación de 12 – 10 (difusión familiar moderada), puntuación de 9 o menos (difusión familiar severa) (25). En el estudio se aplicará como herramienta para recolección de datos mediante la entrevista a los adultos mayores, las mismas que serán realizadas por el investigador.

6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad.	Entrevista
Sexo.	Entrevista
Etnia	Entrevista
Estado civil.	Entrevista
Ingresos económicos	Entrevista
Ocupación.	Entrevista
Nivel de instrucción.	Entrevista
Comorbilidades	Entrevista
Depresión.	Psicometría
Calidad de vida.	Entrevista
Funcionalidad familiar	Entrevista.

6.8 Técnicas de análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas. Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizará, para probar la hipótesis, la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$). La información se presentará en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

6.9 Variables

6.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad.	Edad (grupos quinquenales).	65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 – 84, 85 o más.	Cuantitativa discreta.
Sexo.	Fenotipo.	Masculino y femenino.	Cualitativa nominal.
Etnia	Autoderminada.	Mestiza, indígena, afroecuatoriana, blanca, Otra.	Cualitativa nominal.
Estado civil.	Situación legal de convivencia.	Soltero / Casado Viudo/ Divorciado Unión libre.	Cualitativa nominal.
Ingresos económicos.	Ingresos económicos	Adecuado, bajo y muy bajo.	Cualitativa ordinal.
Ocupación.	Ocupación.	Empleado público, empleado privado, cuenta propia, jubilado, ama de casa y desempleado.	Cualitativa nominal.
Nivel de instrucción.	Nivel aprobado.	Analfabeto, primaria, secundaria tercer nivel y cuarto nivel.	Cualitativa ordinal.
Comorbilidad.	Enfermedad preexistente.	Sí. No.	Cualitativa nominal.
Depresión.	Depresión.	Normal, probable depresión y depresión estable.	Cualitativa ordinal.
Calidad de vida.	Calidad de vida.	Baja, media y alta.	Cualitativa ordinal.
Funcionalidad familiar	Funcionalidad familiar	Funcional, disfunción leve, disfunción moderada, disfunción severa.	Cualitativa ordinal.

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de la población según edad y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 - 69	16	27,1	16	31,4	32	29,1
70 - 74	14	23,7	11	21,6	25	22,7
75 - 79	15	25,4	10	19,6	25	22,7
80 - 84	6	10,2	4	7,8	10	9,1
85 y más	8	13,6	10	19,6	18	16,4
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 1 podemos observar una tabla cruzada que segrega por sexo y grupo etáreo nuestra población, donde encontramos que el mayor grupo pertenece al sexo femenino con 31,4% y le siguen los hombres con 27,1% de la muestra seleccionada ambos sexos pertenecen al rango de edad entre 65 a 69 años. Mientras que, el grupo etáreo menos prevalente pertenece a la población entre 80 a 84 años de edad con 9,1% en cuanto a mujeres y 10,2% respecto al sexo masculino.

En el estudio realizado por De los Santos (26) el grupo de personas mayores estudiadas fue de 5275. La población entre 60 y 69 años de edad representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años de edad y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres.

En el estudio de Cárdenas (4) los resultados indicaron que los niveles promedio de depresión son mayores en el grupo de personas con más de 75 años. Se realizó una prueba t para establecer si existían

diferencias significativas respecto a la edad, y se encontraron diferencias significativas con un valor de $t = -18,487$ $p=0,00$, por lo tanto, el promedio de niveles de síntomas de depresión se incrementa con la edad.

El estudio de Flores (12) concluyó que el promedio de edad de los participantes fue de 70.24 ± 8.13 . El 52.5% fue del sexo masculino. Esto a su vez, destaca que estudios similares poseen población prioritariamente conformada por hombres, logrando una relación positiva con nuestro trabajo de investigación.

Salvador (27) en su trabajo de investigación indica que se estudiaron un total de 71 adultos mayores, distribuyéndose en 45,1 % con una media de 74,03 años en hombres, el 54,9% pertenecían al sexo femenino, donde la edad media fue de 75,21 años y el grupo de edad más representado fue el de 65 a 69 años de edad.

Mientras que, en el estudio de Miranda (28) en relación a la edad, se apreció, una distribución simétrica del 25% entre cada grupo de edad encuestado; sin embargo, hubo mayor participación del grupo de 75 a 79 años con casi un 30% en donde se concentró el mayor riesgo de padecer depresión, recordando que este problema se incrementa conforme la edad.

Tabla 2: Distribución de la población según etnia y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mestiza	43	72,9	36	70,6	79	71,8
Afroecuatoriana	7	11,9	8	15,7	15	13,6
Indígena	6	10,2	6	11,8	12	10,9
Blanca	3	5,1	1	2,0	4	3,6
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

Los resultados de la tabla N° 2 nos muestran que la etnia predominante en nuestro estudio es la mestiza con un 72,9% con respecto al sexo masculino y 71,8% con respecto al sexo femenino. La etnia menos evidenciada fue la blanca con 5,1% en el sexo masculino y 3,6% en el sexo femenino.

Según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (29) en 2010, donde el 72% de los 14.483.499 ecuatorianos se autoidentificó como mestizo.

En el estudio realizado por Morales (29), sobre la población adulto mayor en la ciudad de Quito, situación sociodemográfica y socioeconómica 2008, reflejó coincidencia sobre la población de los adultos mayores donde el grupo étnico mestizo es el predominaba con el 75,6%.

Como muestra Carrión (30) La edad promedio de los adultos mayores mestizos fue de 74.23 años, con un desvío estándar (DS) de 7.14; a diferencia de los adultos mayores indígenas quienes tuvieron una edad promedio de 75.57 años con un DS de 7.21, con lo que indica que no existe variabilidad significativa entre los grupos de estudio.

Tabla 3: Distribución de la población según el estado civil y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Estado civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	22	37,3	14	27,5	36	32,7
Viudo	12	20,3	16	31,4	28	25,5
Unión libre	10	16,9	10	19,6	20	18,2
Divorciado	11	18,6	7	13,7	18	16,4
Soltero	4	6,8	4	7,8	8	7,3
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

La tabla 3 indica que el 32,7% de la población de estudio son casados, en segundo lugar, el 25,4% corresponde a los viudos, mientras que, el 18,2% mantienen unión libre, el 16,4% se encuentran divorciados y el 7,3% mencionaron estar solteros. En relación al sexo, el sexo masculino casado posee un 37,3% de prevalencia, mientras que el sexo femenino un 27,5% siendo este el estado civil predominante en nuestro trabajo de investigación.

Como muestra el estudio realizado por De los Santos (26) El estado civil predominante fue la categoría de casado o unido con el 61.5%, le siguen el 22.9% de personas viudas, el 8.6% divorciado o separado y, por último, aparece el 7% de solteros.

En el estudio de Cárdenas (4) los resultados mostraron mayores promedios de síntomas depresivos en las personas viudas(os) comparado con el grupo de personas que se encuentran casadas. Se encontraron diferencias significativas con un valor de $F=29,64$ $p=0,00$.

El trabajo investigativo realizado por Segarra (31), muestra que en lo que respecta al estado civil la mayoría estaban casados con un 60,3% seguido de los viudos con un 26,7%.

Cardozo (32) muestra que se entrevistaron 60 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Geriátrico Dr. Gerardo Boungermini del Instituto de Previsión Social, en relación al estado civil, el 56,7% era casado en mayor frecuencia en el sexo masculino. El 28,3% era viudo/a siendo en su mayoría mujeres.

En el estudio de Guadalupe (33) se concluyó que, en cuanto al perfil sociodemográfico de la población, predominaron los estados civiles unidos, en primer término, casados (49.6%), seguido de personas en unión libre (26.15%).

Tabla 4: Distribución de la población según ingresos económicos y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ingresos económicos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuado	18	30,5	7	13,7	25	22,7
Bajo	37	62,7	37	72,5	74	67,3
Muy bajo	4	6,8	7	13,7	11	10,0
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 4 se demuestra que el 67,3% de personas poseen un bajo ingreso económico y tan solo el 22,7% presenta un ingreso mensual adecuado. El 10% tiene ingresos muy bajos dentro de nuestra población de estudio. En cuanto al sexo, el 30,5% de la población masculina indicó tener un ingreso económico adecuado y lo mismo respondió el 13,7% de la población femenina.

En el estudio realizado por Solano (34) se determina que de los ingresos de los adultos mayores el 60% de las personas obtienen recursos económicos que provienen del bono de Desarrollo Humano, el 28% perciben del abono de jubilación y solamente el 12% de los encuestados obtienen dinero del comercio y en su totalidad los adultos mayores no reciben recursos económicos de sus familiares. Siendo un ingreso bajo o muy bajo predominante.

El trabajo realizado por Mazacón (35) muestra que las personas que son parte de su estudio eran trabajadores impagos o no laboraban (51,5%) y percibían un ingreso menor al sueldo mínimo (98,0%). Denotando la prevalencia de ingresos bajos y muy bajos.

Calderón (2) nos muestra que las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva

Tabla 5: Distribución de la población según la ocupación y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuenta propia	26	44,1	14	27,5	40	36,4
Ama de casa	0	0,0	27	52,8	27	24,5
Desempleado (a)	19	32,1	6	11,8	25	22,7
Jubilado (a)	7	11,9	2	3,9	9	8,2
Empleado privado	6	10,2	1	2,0	7	6,4
Empleado público	1	1,7	1	2,0	2	1,8
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

Se puede identificar en la tabla N° 5 que el 36,4% de personas trabajan por su propia cuenta, el 24,5% corresponde a amas de casa, el 22,7% son desempleados, el 8,2% son jubilados, el 6,4% tienen empleo privados, mientras que el 1,8% trabajan para empresas públicas. En cuanto al sexo, el 44,1% de personas masculinas trabajan por cuenta propia y el 27,5% de las mujeres.

Del estudio realizado por Solano (34), se pudo determinar que 13 personas que representa el 52% se dedican a la agricultura, además se menciona que 9 adultos mayores, se dedican a la crianza de animales que corresponde a un 36%. Sin embargo, 3 personas que representa el 12% revelan que no realizan ninguna actividad en la actualidad.

Flores (36), indica en su trabajo que en el momento del estudio, ya no realizaban ninguna actividad laboral (50,08%) en los hombres, y el (83,3%) de las mujeres aun continuaban dedicadas al hogar, aunque también se encontró que (23,8%) de hombres continuaban trabajando como empleados u obreros en alguna empresa o con un negocio familiar, se presentó una relación significativa entre ocupación y género de ($p < 0,000$).

En el estudio de Cardozo (32) se observa que la ocupación ama de casa fue la de mayor frecuencia (48,3%) y el 20,0% resultó ser jubilado o desempleado.

Guadalupe (33) muestra que, con respecto a la ocupación, 42.5% se dedican a las “labores del hogar”

Tabla 6: Distribución de la población según el nivel de instrucción y sexo.
Centro de salud N° 4. Año 2021.

Nivel de instrucción	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeto	4	6,8	5	9,8	9	8,2
Primaria	18	30,5	26	51,0	44	40,0
Secundaria	31	52,5	18	35,3	49	44,5
Tercer nivel	6	10,2	2	3,9	8	7,3
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En cuanto al nivel de educación, en la tabla N° 6 podemos denotar que con el 44,5% nuestra muestra completó la secundaria, y el 40,0% concluyó solo la primaria. Estos valores contrastan con el 7,3% que corresponde a las personas que tienen un título de tercer nivel, siendo superados por los analfabetos con 8,2%

En los resultados del estudio realizado por De los Santos (26) se concluyó que En la variable educación, los resultados estadísticamente significativos señalan que la ausencia de educación formal incrementa las probabilidades de que se presente depresión mayor en mujeres y hombres; en este sentido, se infiere que la escolaridad contribuye a la aparición de la depresión en la vejez.

El estudio realizado por Cárdenas (4), muestra que existe una tendencia a la disminución de la presencia de síntomas de depresión al aumentar el nivel de educación. Se realizó un análisis de varianza con el fin de evaluar si existían diferencias significativas entre el nivel de 59 educación y la presencia de síntomas de depresión. Los resultados indicaron diferencias significativas con un valor de $F=162,44$ $p=0,00$.

Como muestra el trabajo investigativo realizado por Segarra (31) se determina que con una escolaridad menor a 6 años entre analfabetos y

primaria incompleta alcanzó el 70,8% de la muestra de la población estudiada.

Cardozo (32) en su estudio con respecto a la escolaridad, el 73,3% de la población encuestada refirió haber completado la primaria.

Tabla 7: Distribución de la población según la existencia de comorbilidades y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sí	35	59,3	35	68,6	70	63,6
No	24	40,7	16	31,4	40	36,4
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 7 podemos ver que el 63,6% de personas presentan comorbilidades y solo el 36,4% no.

En el estudio de De los Santos (26) De acuerdo al estado de salud, el 55.3% afirmó padecer de 1 a 3 enfermedades. De los sujetos de estudio, el 39% mencionó no tener enfermedades y solo el 5.7% señaló que tenía más de 4 enfermedades (polimorbilidad).

En el estudio realizado por Segarra (31) se determina que el 76% de adultos mayores padecen enfermedades y solamente el 24% no sufren de ninguna enfermedad.

El trabajo de investigación de (37) muestra que el 62,4% de la población estudiada tiene algún tipo de discapacidad, de ellos el 94,8% es parcial, el mayor porcentaje está dada por problemas visuales con el 40,8% seguida de la auditiva con el 25,7%, al cruzarlo con género se encontró que todas las discapacidades se presentan en mayor porcentaje en mujeres excepto en la de habla, el 29,5% tiene la discapacidad por más

de 9 años, el 17,7% depende de otra persona para realizar sus actividades diarias y cotidianas. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) el mayor porcentaje corresponde a hipertensión arterial con un 44,2%

Cardozo (32) nos muestra que al interrogar sobre otros antecedentes personales: 90,0% relató el consumo de algún tipo de medicamento y el 96,7% de los pacientes presentaba una o más comorbilidades. Las enfermedades con mayor frecuencia dentro de este grupo de pacientes fueron hipertensión arterial en el 96,7%, cardiopatía en el 38,3% y EPOC en el 26,7%

Fernández (38) muestra en su estudio que, en relación a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, 56% de los pacientes presentó hipertensión arterial, 50% de las pacientes diabetes mellitus, 42% presentaron sobrepeso y 34% algún grado de obesidad, según diagnóstico de la OMS.

Tabla 8: Distribución de los resultados del tamizaje de depresión en los adultos mayores que acuden al Centro de salud N° 4. Año 2021.

Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	21	35,6	16	31,4	37	33,6
Probable depresión	30	50,8	25	49,0	55	50,0
Depresión estable	8	13,6	10	19,6	18	16,4
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 8 podemos observar los resultados de la escala geriátrica de Yesavage, donde se demostró que el 33,6% de nuestra población no presenta depresión, el 50% tiene una probable depresión y tan solo el 16,4% posee una depresión estable. En cuanto al sexo, el masculino presenta una probable depresión con un 50,8% y el femenino con 49%

En el estudio realizado por Rodríguez (39), el 42.6 % de los pacientes tuvieron un diagnóstico de depresión siendo el grupo de 65-69 años el de mayor incidencia con el 64.7 % del total de pacientes de ese grupo de edad. En este mismo grupo la media de puntuación fue mayor con 5.8 puntos. La puntuación media obtenida en la YGDS-VE fue de 4.23 con una desviación estándar de 2.6 en un rango de 0-13. Las mujeres tuvieron una media de 5.4 con una desviación estándar de 3.6 mientras que en la población masculina estos parámetros fueron de 3.2 y 2.1 respectivamente.

El estudio de Saenz (40) indica que Los datos de un total de 371 adultos mayores, residentes de las 11 comunidades altoandinas fueron analizados, donde el 40,7 % según Cuestionario de Yesavage y el 37,47 % según autorreporte tenían depresión.

Como indica el trabajo de investigación realizado por Runzer (41) El promedio del puntaje del Cuestionario de Yesavage fue de 1.5 ± 1.5 puntos, adicionalmente, el 43.95 % de participantes tuvo un tamizaje positivo para depresión (>2 puntos).

También, el estudio de Lliguisupa (42) muestra que al aplicar la escala de depresión de Yesavage, el 35.3 % de los adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, el 11% depresión establecida y el 53.7 % no presentó rasgo depresivo. Referente al nivel de depresión según la edad, se observa que el grupo etario más afectado por rasgos depresivos se encuentra entre los 75 a 84 años que corresponde al 23.2 % combinado. Mientras que, el estudio de Salvador (27) Al aplicar el test de Yesevage los adultos mayores respondieron para demostrar su depresión con mayor porcentaje son la uno con un porcentaje de 59,2 %, la tres con un 43,7 % y el número trece con el 76,1 %.

Tabla 9. Distribución de la población según calidad de vida y sexo. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Calidad de vida	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Baja	25	42,4	18	35,3	43	39,1
Media	19	32,2	22	43,1	41	37,3
Alta	15	25,4	11	21,6	26	23,6
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 9 se muestran los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF aplicada a la población adulta mayor que acude al centro de salud N° 4, donde se observa que el 39,1% de la población estudiada tiene una baja calidad de vida, el 37,3 % respondió que media y solo el 23,6 % considera como buena su calidad de vida. El sexo masculino se identifica con una baja calidad de vida con un 42,4 % y el femenino con 35,3%

En el estudio realizado por Segarra (31) se denota que Dimensión Física la satisfacción se concentró en el nivel medio con un 45,9 % y una alta satisfacción un 26 % sumando estas dos categorías nos da un 71,9 % quedando un 28,1 % para una baja calidad de vida.

Como muestra Nequiz (43), Del total de los adultos mayores se puede apreciar que el 63% está satisfecho con su vida y el éxito que han alcanzado; sin embargo, no todos los adultos mayores disfrutan por completo de la etapa de la vejez pues sólo el 31% refirió disfrutar de la vida moderadamente. Por otra parte, hallamos que sólo el 36 % encuentra un significado en su vida ya sea religioso, espiritual o personal; cabe destacar que la gran mayoría experimentan soledad, abandono seguir realizando sus actividades diarias, sin sentir cansancio, el 30% de ellos percibe que el dolor físico es una barrera para seguir con sus actividades de la vida diaria, ya que el 30 % ese mismo número de

los adultos mayores complementa el tratamiento que llevan para cumplir con sus tareas o actividades sin problemas. y se refugian en grupos de apoyo que les ayudan a tener una vida feliz durante esta etapa. Esto se refleja en el hecho de que el 55 % de ellos refieren haber experimentado sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad o depresión. El 38 % logra concentrarse solo un poco en las actividades que realiza y, el 35 % acepta, forzosamente, su apariencia física actual, muchos añoran su aspecto físico cuando eran jóvenes.

Flores (12), demuestra en su estudio, que con el uso del cuestionario, los resultados obtenidos en esta población de adultos mayores que habitan en unidades multifamiliares con respecto a su calidad de vida, mostraron que los indicadores sociodemográficos como la edad, nivel de educación, la ocupación relacionada con los adultos que siguen laborando, y recibir un ingreso económico, son indicadores significativos para tener una buena calidad de vida, siendo la edad el factor que provoca más insatisfacción en relación a la calidad de vida, ya que se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores se sienten más insatisfechos con su calidad de vida.

Carrión (30) , estableció la relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor; el tipo de estudio fue correlacional, con diseño transversal; la población de estudio estuvo conformada por 138 adultos mayores; a quienes aplicaron el cuestionario de WHOQOL BREF para calidad de vida. Para el análisis de la información se utilizó la estadística SPSS. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 66.7 % de los adultos mayores percibieron una mala calidad de vida, seguido de 32.6 % con regular calidad de vida y sólo 0.7 % de los adultos mayores con buena calidad de vida. Cifras inferiores al presente estudio ya que el 58.3 % percibió su calidad de vida normal, seguido de 18.7 % como CV regular y como mala en un 4.2 %.

Tabla 10: Distribución de la percepción de la funcionalidad familiar de los adultos mayores que acuden al Centro de salud N° 4. Año 2021.

Funcionalidad familiar	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Funcional	20	33,9	21	41,2	41	37,2
Disfunción leve	34	57,6	23	45,1	57	51,8
Disfunción moderada	3	5,1	3	5,9	6	5,5
Disfunción severa grave	2	3,4	4	7,8	6	5,5
Total	59	100,0	51	100,0	110	100,0

En la tabla N° 10 observamos los resultados del Apgar familiar en la muestra de población adulta mayor, donde un 51,8 % presenta disfunción leve, el 37,2 % es funcional, y con 5,5 % se presentan disfunciones moderadas y severas. La funcionalidad familiar para el sexo masculino es identificada como funcional con un 33,9 % y 41,2 % por el sexo femenino.

En el estudio realizado por Pahuara (44) Del total de encuestados el 55 % (36) percibe su familia con buena función familiar, el 28 % (18) percibe una disfuncionalidad familiar leve, el 9 % (6) percibe una disfuncionalidad familiar moderada, 8 % (5) percibe una disfuncionalidad familiar severa.

El alto porcentaje de funcionalidad familiar percibida por los adultos mayores del presente estudio se contrasta con los hallazgos reportados por Troncoso (45) quien reporta los valores funcionalidad familiar del 97 % concordante con lo planteado por Sarmiento (46) donde expone que el 11.5 % de los adultos mayores no perciben disfuncionalidad en su familia.

Guadalupe (33) muestra en su estudio que, 41.8 % tienen una familia funcional, 49.6 % con disfunción moderada, y 8.6 % con disfunción severa.

Tabla 11: Distribución de la población según calidad de vida y depresión. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Calidad de vida	Depresión						Total	
	Normal		Probable depresión		Depresión estable		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Baja	9	24,3	28	50,9	6	33,3	43	39,1
Media	15	40,5	25	45,5	1	5,6	41	37,3
Alta	13	35,1	2	3,6	11	61,1	26	23,6
Total	37	100,0	55	100,0	18	100,0	110	100,0

$X^2 = 32,206$ $p = 0,000$

En la tabla N° 11 se evidencia que existe asociación científica entre la depresión y la calidad de vida con un valor de $X^2 = 32,206$ y $p = 0,000$.

Como muestra Nequiz (43), Del total de los adultos mayores se puede apreciar que el 63 % está satisfecho con su vida y el éxito que han alcanzado; sin embargo, no todos los adultos mayores disfrutan por completo de la etapa de la vejez pues sólo el 31% refirió disfrutar de la vida moderadamente. Por otra parte, hallamos que sólo el 36 % encuentra un significado en su vida ya sea religioso, espiritual o personal; cabe destacar que la gran mayoría experimentan soledad, abandono seguir realizando sus actividades diarias, sin sentir cansancio, el 30 % de ellos percibe que el dolor físico es una barrera para seguir con sus actividades de la vida diaria, ya que el 30 % ese mismo número de los adultos mayores complementa el tratamiento que llevan para cumplir con sus tareas o actividades sin problemas. y se refugian en grupos de apoyo que les ayudan a tener una vida feliz durante esta etapa. Esto se refleja en el hecho de que el 55 % de ellos refieren haber

experimentado sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad o depresión. El 38 % logra concentrarse solo un poco en las actividades que realiza y, el 35 % acepta, forzosamente, su apariencia física actual, muchos añoran su aspecto físico cuando eran jóvenes.

También, el estudio de Estrada (49) muestra Tomando en cuenta las características de la población, las dos clases pueden denominarse “buenas condiciones de vida” (clase 1) y “condiciones de vida disminuidas” (clase 2). En la primera clase se incorporó el 36.2 % de la población de adultos mayores, la cual se caracterizó por contar con adultos sin mayores síntomas depresivos; mujeres; adultos de 75 a 84 años de edad; con un nivel educativo secundaria/técnico/superior; pensionados; muy satisfechos con el apoyo familiar, de amigos e institucional; asimismo, quienes se consideraron con un estado de salud bueno y buena percepción de su calidad de vida. Mientras que, en la segunda clase, se agrupó el 63.8 % de la población, en los cuales se encontraron aquellos con sintomatología depresiva moderada; mujeres; adultos de 75 a 84 años de edad; con un nivel de formación de primaria; medianamente satisfechos con el apoyo recibido por familiares, amigos e institución; además de aquellos que consideraron como regular su estado de salud y que consideraron como normal su calidad de vida.

Tabla 12. Distribución de la población según funcionalidad familiar y depresión. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Funcionalidad familiar	Depresión						Total	
	Normal		Probable depresión		Depresión estable		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Funcional	25	67,6	16	29,1	0	0	41	37,3
Disfunción leve	12	32,4	36	65,5	9	50,0	57	51,8
Disfunción moderada	0	0	2	3,6	4	22,2	6	5,5
Disfunción severa o grave	0	0	1	1,8	5	27,8	6	5,5
Total	37	100,0	55	100,0	18	100,0	110	100,0

$X^2 = 52,902$ $p = 0,000$

En la tabla N° 12 se evidencia que existe asociación científica entre la depresión y la funcionalidad familiar con un valor de $X^2 = 52,902$ y $p = 0,000$.

El alto porcentaje de funcionalidad familiar percibida por los adultos mayores del presente estudio se contrasta con los hallazgos reportados por; Troncoso (45) quien reporta los valores funcionalidad familiar del 97 % concordante con lo planteado por Sarmiento (46) donde expone que el 11.5 % de los adultos mayores no perciben disfuncionalidad en su familia.

Guadalupe (47) muestra que existe una correlación entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, lo anterior significa que aquellas familias con estructura nuclear tienen mejor funcionalidad familiar. Por lo tanto, se concluyó que se dio una baja frecuencia de pacientes en los que se detectó según el grado de depresión 27,7 %, los pacientes que vivían en una familia nuclear presentaban predominio de depresión.

También, Rodríguez (48) muestra que Al evaluar la funcionalidad familiar mediante la escala de Apgar familiar se encontró que el 81 % de los casos (112) se encuentra bajo un entorno familiar normofuncional, un 9 % (13) en una disfuncionalidad moderada y el restante 10 % (14) se encuentra en una familia gravemente disfuncional. Posterior al análisis de las variables de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en tablas de contingencia con pruebas de Chi cuadrada de Pearson se obtiene un valor de $p= 0.01$ por lo tanto, se establece que si existe relación entre ambas variables.

8 CONCLUSIONES

- La población de estudio dentro de las variables sociodemográficas predominó el sexo masculino, grupo etario entre 65 a 69 años, la etnia mestiza, estado civil casado, ingresos económicos bajos, en escolaridad secundaria, en ocupación cuenta propia y sí padecían comorbilidades.
- En lo que corresponde a la depresión en los adultos mayores, prevaleció la clasificada como probable depresión.
- Se identificó que los adultos mayores percibieron una baja calidad de vida.
- Se determinó que los adultos mayores entrevistados presentaron disfunción familiar leve.
- Se encontró asociación estadística entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar con la depresión en los adultos mayores.

9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación estudió la relación existente entre la depresión y sus factores agregados como son la calidad de vida y la funcionalidad familiar. Se desarrolló en el Centro de Salud N° 4, a pesar de que la población no acudía a sus controles y eso dificultaba un poco la recolección de datos, la misma que se obtuvo en las visitas domiciliarias, ya que por temor a contagiarse de la COVID – 19 los adultos mayores no salían de casa. Durante la recolección de datos a través de la entrevista, hubo buena aceptación e interés por responderla. De los resultados obtenidos se puede iniciar un proceso de intervención y ayuda; ya que la depresión en los adultos mayores es un problema de salud que repercute en la familia e influye en la calidad de vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soria R. Depresión en adultos mayores. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2018 Junio; 21(2).
2. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto. Rev Med Hered. 2018 Julio; 182(29).
3. Aponte V. Ajayú. [Online].; 2015 [cited 2020 Agosto 9. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>.
4. Cárdenas L. Javeriana. [Online].; 2018 [cited 2020 Agosto 23. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16712/CardenasMosqueraLuzKarina2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. García R. Universidad de Matanzas. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 20. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6254140.pdf>.
6. Espinoza M. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. [Online].; 2018 [cited 2020 Agosto 21. Disponible en: <http://200.12.169.19/bitstream/25000/15416/1/T-UCE-0007-PC052-2018.pdf>.
7. Martínez T. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Universidad Carlos Rafael Rodríguez. 2018 Enero; 8(1).
8. WHO. Envejecimiento y salud. OMS. 2018 Julio; 6(2).
9. Jimenez M. Depresión y ansiedad. Tratado de geriatría. 2013 Octubre; 4(10).
10. Peña E. Universidad y salud. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-113.pdf>.
11. Romero Z. CORE. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 8. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/185623104.pdf>.
12. Flores B. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida.. [Online].; 2018 [cited 2020 Agosto 8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>.
13. Aldano R. Universidad Del Rosario. [Online].; 2012 [cited 2020 Agosto 22. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/932060822012.pdf;jsessionid=75C71712D599294CB8E5BBC8D8D9C1F7?sequence=3>.
14. Estrada A. Universitas Psychologica. [Online].; 2013 [cited 2020 Agosto 9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64728729009.pdf>.
15. Peña D. Rev.Fac.Med. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>.

16. Bustos L. Unisabana. [Online].; 2016 [cited 2020 Agosto 22].
Disponible en:
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/2082>.
17. Bacca A. Red de Revistas Científicas de América Latina. [Online].; 2006 [cited 2020 Agosto 9]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80112046006.pdf>.
18. Urzúa A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. Revista médica de Chile. 2013 Julio; 141(12).
19. Consejo Nacional de Igualdad Intergeneracional. Personas adultas mayores, situación y derechos. MIESS. 2016 Julio; 83(2).
20. Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES. [Online].; 2018 [cited 2020 Julio 27]. Disponible en:
<https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
21. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Protección de derechos. [Online].; 2008 [cited 2020 Julio 27]. Disponible en:
https://proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/globales/CONSTITUCION_DE_LA_REPUBLICA_DEL_ECUADOR_CRE_439.pdf.
22. Astorquiza B. CEPAL. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 8].
Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45010/1/RVE129_Astorquiza.pdf.
23. Varela L. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Online].; 2016 [cited 2020 Agosto 8]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>.
24. Arevena J. Rev Chil Neuro-Psiquiatría. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 9]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0255.pdf>.
25. Mayorga C. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. Revista médica de Chile. 2019 Marzo; 147(10).
26. Santos PDI. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México. Población y Salud en Mesoamérica. 2018 Junio; 15(2).
27. Salvador A. Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. Dominio de las ciencias. 2020 Noviembre; 6(4).
28. Jesús YMd. : Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito. Dilemas Contemporáneos. 2020 Diciembre; 7(3).
29. INEC. Estadística Demográfica en el Ecuador. INEC. 2010 JULIO; 29(0).

30. Carrión V. Calidad de vida en adultos mayores mestizos e indígenas de Nabón. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2020 Diciembre; 38(3).
31. Segarra M. Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016. UCuenca. 2016 Julio; 33(1).
32. Cardozo O. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Inst. Investig. Cienc. Salud.. 2017 Enero; 15(1).
33. Guadalupe A. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. Multidisciplinary Health Research. 2020 Diciembre; 5(1).
34. Solano D. Calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad "El Rodeo" Cantón Oña de la Provincia del Azuay. Unl. 2015 JULIO; 19(3).
35. Roca BNM. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. UNSM. 2018 Julio; 20(8).
36. Villavicencio MEF. Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2017 Agosto; 22(3).
37. Guerrero N. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Sección Artículos Originales. 2014 Noviembre; 17(1).
38. Fernández A. Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. Revista neurología. 2017 Julio; 15(8).
39. Rodriguez Z. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico. medigraphic. 2016 Diciembre; 2(4).
40. Saenz S. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. Acta Médica Peruana. 2019 Junio; 43(2).
41. Runzer-Colmenares F. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos. Horiz Med. 2017 Marzo; 17(3).
42. Lliguisupa V. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. Revista Ciencias Pedagógicas. 2020 Diciembre; 3(1).
43. Moisés Njj. Percepción de la Calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria Reforma. Enf Neurol. 2017 Diciembre; 16(3).
44. Llacohua Mlp. "Percepcion de la Funcionalidad Familiar mediante el Apgar Familiar en Adultos Mayores del Centro de Salud Conde de la

- Vega Baja, Cercado De Lima – 2018”. Facultad de Medicina “Hipólito Unanue / Escuela Profesional de Enfermería”. 2019 Agosto; 13(8).
45. Pantoja CT. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *horizmed*. 2018 Septiembre; 18(1).
 46. Sarmiento M. Condiciones Socio-Demografico(as) y Calidad de Vida en Pacientes Mayores Hospital Departamental de Villavicencio. Periodo Octubre-Diciembre del 2005. *Orinoquia*. 2010 Junio; 14(1).
 47. Guadalupe A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *atencion familiar*. 2016 Julio; 23(1).
 48. Rodriguez G. Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una institución de salud de Ciudad Victoria. *Revistade enfeRmeRía neuRológica*. 2017 Noviembre; 17(2).
 49. Estrada A. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol*. 2018 Julio; 12(1).
 50. Carlos IRJ. Síndrome metabólico. Concepto y aplicación práctica. *Revista Cubana de Medicina Interna*. 2018 Mar; 2(14).
 51. Robles A. Generalidades y conceptos de calidad de vida relacionada a la salud. *Medigraphic*. 2016 Septiembre; 11(3).
 52. Ruíz D. CUCS. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 22. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf.

ANEXOS

Anexo N ° 1. Consentimiento Informado.

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: Determinar la asociación de la depresión, la calidad de vida y la funcionalidad familiar en los adultos mayores que son atendidos en este consultorio.

He recibido la información por el médico: Clara Denisse Prieto Cuesta, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0922380241 y número de teléfono: 0969462792.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas, para llenar un formulario de recolección de datos y medición de unas escalas que sirven para evaluar el nivel de depresión, la calidad de vida y la funcionalidad familiar.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es de 45 minutos.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo requiero.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción, con lenguaje claro y conciso.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente:

Firma: _____

Cédula de identidad N °: _____

Fecha: _____

Anexo N ° 2. Formulario de recolección de datos.

Fecha: _____ Formulario #: _____

Nombre: _____ ID: _____

Sexo: Masculino: Femenino: Edad: _____

Etnia.	Estado civil
1. Mestiza <input type="checkbox"/> 2. Indígena <input type="checkbox"/> 3. Afroecuatoriana <input type="checkbox"/> 4. Blanca <input type="checkbox"/> 5. Otra <input type="checkbox"/>	1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. Viudo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado <input type="checkbox"/> 5. Unión libre <input type="checkbox"/> 6. Otros. <input type="checkbox"/>
Ingresos económicos.	Ocupación
1. Adecuado <input type="checkbox"/> 2. Bajo <input type="checkbox"/> 3. Muy bajo <input type="checkbox"/>	1. Empleado formal <input type="checkbox"/> 2. Empleado informal <input type="checkbox"/> 3. Cuenta propia <input type="checkbox"/> 4. Jubilado (a) <input type="checkbox"/> 5. Ama de casa: <input type="checkbox"/> 6. Otro: <input type="checkbox"/>
Nivel de instrucción	Comorbilidad
1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. Primaria <input type="checkbox"/> 3. Secundaria <input type="checkbox"/> 4. Tercer nivel <input type="checkbox"/> 5. Cuarto nivel <input type="checkbox"/>	1. No <input type="checkbox"/> 2. Sí <input type="checkbox"/> Especifique:

Escala geriátrica de Yesavage modificada

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho/a con su vida?		
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?		
3.- ¿Nota que su vida está vacía?		
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?		
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?		
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?		
10.- ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?		
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?		
13.- ¿Se encuentra lleno de energía?		
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?		
15.- ¿Cree que los otros están mejor que Ud?		
TOTAL		

Puntuación: Normal (0-5), probable depresión (6-9), depresión estable (10 o más).

APGAR FAMILIAR

Función	Nunca (0) puntos	Casi nunca (1) puntos	Algunas veces (2) puntos	Casi siempre (3) puntos	Siempre (4) puntos
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes y metas.					
Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor, rabia.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero.					
Total					

Puntuación de 17 – 20: Función Familiar Normal

Puntuación de 16 – 13: Difusión familiar leve

Puntuación de 12 – 10: Difusión familiar Moderada

Puntuación de 9 o menos: Difusión familiar Severa

Cuestionario WHOQOL-BREF

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Nota: La calidad de vida se mide al mayor puntaje que se obtiene, no hay un parámetro específico, pero establece como: muy insatisfecho/a, poco, lo normal, bastante satisfecho/a y muy satisfecho/a. Según los dominios: baja (69 y menos), media (70 – 99) y alta (100 – 130).

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Prieto Cuesta, Clara Denisse**, con C.C: # **0922380241** autora del trabajo de titulación: **Depresión en el adulto mayor y factores asociados. Consultorio N° 5. Centro de salud N° 4. Guayaquil, 2021.** 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, **20 de noviembre de 2021**

f. _____
Nombre: **Prieto Cuesta, Clara Denisse**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN		
TEMA Y SUBTEMA:	Depresión en el adulto mayor y factores asociados. Consultorio N° 5. Centro de salud N° 4. Guayaquil, 2021.	
AUTOR(ES)	Prieto Cuesta, Clara Denisse	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Medrano Allieri, Yadira Elizabeth	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:	Ciencias Médicas	
CARRERA:	Medicina	
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS: 65
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina familiar y geriatría.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto mayor, depresión, calidad de vida, funcionalidad familiar.	
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: El aumentar la esperanza de vida a nivel global se debe relacionar con la certeza de una calidad de vida adecuada. Las enfermedades crónicas y el entorno social del que forma parte son algunos de los factores que intervienen en su calidad de vida. En el Ecuador la demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor la misma fue del 39% según la encuesta SABE. Métodos: El diseño de investigación utilizado es prospectivo, observacional, analítico y se basa en un estudio de casos y controles. Las herramientas utilizadas son las historias clínicas y se aplicará un cuestionario donde se incluye el APGAR Familiar, la Escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage, y la Evaluación de Calidad de Vida WOOQOL BREF. Resultados: Los resultados de la escala geriátrica de Yesavage, demostró que el 33,6% de nuestra población no presenta depresión, el 50% tiene una probable depresión. Los resultados del cuestionario WHOQOL-BREF demuestra que el 39,1% de la población estudiada tiene una baja calidad de vida, el 37,3% y solo el 23,6% considera como buena su calidad de vida. Los resultados del Apgar muestran que un 51,8 % presenta disfunción leve, el 37,2 % es funcional, y con 5,5 % se presentan disfunciones moderadas y severas. Existe asociación científica entre la depresión y la calidad de vida con un valor de $X^2= 32,206$ y $p= 0,000$. También existe asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar con un valor de $X^2= 52,902$ y $p= 0,000$.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2362247 / 0969462792	E-mail: clara.prieto@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Landívar Varas, Xavier Francisco	
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830 – 1811.	
	E-mail: posgrados.medicina@cu.uscg.edu.ec.	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		